

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2012-2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 Janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 décembre 2013 à Poitiers

par **Julien MULOT**

**Du désaccord de la relation médecin - patient à la
judiciarisation, le point de vue des patients**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Madame le Docteur Sophie MORIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christian KORENFELD



Le Doyen,

Année universitaire 2011 - 2012

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoit, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régis, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie (**surnombre**)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépto-Gastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépto-Gastro- Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARCO Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie-Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
18. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépatogastro-Entérologie

Professeur associé

SCEPI Michel, médecine d'urgence

Professeurs associés de Médecine générale

GAVID Bernard

GOMES DA CUNHA José

Maitres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe

BIRAULT François

PARTHENAY Pascal

VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. GIL Roger, Neurologie
3. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale (émérite)
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONTOUX Daniel, Rhumatologie (émérite)
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie - Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
14. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
15. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
14. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (émérite)
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie (émérite)
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion (émérite)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury.

Nous vous exprimons nos plus sincères remerciements pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté cette charge.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Professeur des Universités, Chef de service de Pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers

Vous nous avez fait l'honneur de siéger à ce jury.

Nous vous exprimons nos plus sincères remerciements pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté cette charge.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse considération.

Nous n'oublierons pas non plus notre premier semestre d'internat réalisé dans votre service. Un premier semestre riche de découverte : nouvelle région, nouvelle fonction, nouvelle responsabilité.

Vous avez su nous encadrer de manière très familiale et vous étiez toujours disponible pour nous, nous permettant d'entrer petit à petit dans notre rôle d'interne.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités, Chef de service de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers

Vous nous avez fait l'honneur de siéger à ce jury.

Nous vous exprimons nos plus sincères remerciements pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté cette charge.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse considération.

A Madame le Docteur Sophie MORIN

Docteur de Médecine Générale, Spécialisée en Soins Palliatifs, exerçant au Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers

Vous nous avez fait l'honneur de siéger à ce jury.

Nous vous exprimons nos plus sincères remerciements pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté cette charge.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse considération.

Nous vous remercions plus particulièrement d'avoir su épauler mon épouse durant votre formation commune en Soins Palliatifs. Nous vous remercions aussi pour le magnifique présent de La Rochelle offert à notre fils, il en est très fier.

A Monsieur le Docteur Christian KORENFELD

Docteur de Médecine Générale et Maître de stage à Châtellerauld

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse, de m'avoir guidé, encouragé et soutenu tout au long de sa réalisation. Merci pour votre disponibilité, votre dévouement et votre gentillesse.

Je vous remercie également de m'avoir reçu dans le cadre de mon stage de SASPAS durant lequel nos

discussions furent pour moi et je pense pour vous aussi très enrichissantes, nous permettant de confronter nos points de vue mutuellement.

Je tiens aussi à m'excuser auprès de vous sur les délais parfois longs sur le suivi de l'avancement du travail de thèse. Veuillez ne pas m'en tenir rigueur.

Je tiens également à vous dire que j'espère réussir à réaliser un marathon au moins une fois dans ma vie quitte à le terminer en 5h sur les rotules. Cette énergie que vous avez pour vos escapades sportives parfois au péril de votre santé, est très communicative.

A Madame le Docteur Joëlle EMERY

Docteur de Médecine Générale et Maître de stage à Prahecq

Je vous remercie de m'avoir accueilli dans le cadre de mon stage de Médecine Générale de niveau 1. Vous m'avez ouvert les yeux sur ce qu'était la Médecine Générale et mon désir d'exercer ce métier. Nos multiples discussions et mes différentes présentations de travaux m'ont beaucoup apporté et enrichi personnellement, tout comme vos histoires de votre exercice ont su illustrer la richesse de notre métier.

Je vous remercie tout particulièrement pour votre chaleur et votre compréhension, vous avez su me laisser progressivement une autonomie au sein du cabinet.

A Monsieur le Docteur Cédric BERGOEND

Docteur de Médecine Générale et Maître de Stage à Villeneuve La Comtesse

Je vous remercie de m'avoir accueilli dans le cadre de mon stage de Médecine Générale de niveau 1. Vous m'avez ouvert les yeux sur ce qu'était la Médecine Générale et mon désir d'exercer ce métier. Nos multiples discussions et mes différentes présentations de travaux m'ont beaucoup apporté et enrichi personnellement, tout comme vos histoires de votre exercice ont su illustrer la richesse de notre métier.

Je vous remercie aussi pour tous les bons moments passés en salle de repos autour de la machine café. Moi qui détestais le café avant le stage, j'en suis devenu accroc. Finalement je ne devrais peut-être pas vous remercier pour cette dépendance. J'espère par contre que vous avez enfin su vous libérer de votre dépendance à la nicotine. Par contre si vous entendez parler de patch contre le café je suis partant.

A Monsieur le Docteur Laurent TOMA

Docteur de Médecine Générale à Poitiers

Je vous remercie de m'avoir accueilli dans le cadre de mon stage de SASPAS. Nos multiples discussions et débriefings du vendredi matin autour d'un café ont été très enrichissants mais également très plaisant aussi. Vos réflexions étaient toujours pertinentes et bien senties, c'est par leur biais que je me suis senti progressé dans l'exercice de mon futur métier.

Je tenais à vous dire que malgré toutes vos bonnes intentions et votre argumentaire, je pense que je vais camper sur mes positions, je resterai fidèle au PC et je pense que jamais je ne me convertirai au MAC.

A Madame le Docteur Marie-France TISSERAUD-TARTARIN

Docteur de Médecine Générale à Chauvigny

Je vous remercie de m'avoir accueilli dans le cadre de mon stage de SASPAS. Nos multiples discussions et débriefings du mercredi soir ont été très enrichissants mais également très plaisant aussi. Vos réflexions étaient toujours pertinentes et bien senties, c'est par leur biais que je me suis

senti progressé dans l'exercice de mon futur métier.

Mon seul regret aura été de pas avoir pu faire ce staff sur la fiscalité et la comptabilité ensemble que nous avons repousser à maintes reprises, je vais être condamné à prendre un comptable pour gérer tous ça, ou alors la solution idéale serait que mon épouse se reconvertisse afin de s'occuper de tout ça à ma place, je vais lui en toucher deux mots.

A Monsieur le Docteur Jean-Noël JACQUART
Docteur de Médecine Générale à Armentières

Je vous remercie de vous être si bien occupé de moi en tant que Médecin Généraliste depuis ma naissance jusqu'à ce jour même si depuis 5 ans je ne vous ai pas beaucoup vu. C'est votre passion et votre dévotion à votre métier qui m'ont orienté sur ce long chemin du doctorat. Je vous avoue que je vous ai toujours admiré en tant que médecin mais aussi en tant que personne. Je me rappelle votre passion pour la chasse et la présence de votre chien dans le cabinet lors des consultations, cela était très appréciable.

Vous aurez toujours mon entière gratitude.

A ma femme, qui me porte, me soutient, me rassure, m'encourage.

Sans elle, je n'en serai pas là aujourd'hui. Grâce à elle, je vois le monde différemment, elle me remet en question perpétuellement. Elle a changé ma vie pour le meilleur, dans un premier temps en acceptant de m'épouser et dans un second temps en m'offrant le plus beau cadeau : mon fils.

A Maël, mon fils, qui me transforme en père, me responsabilise, me rend heureux tous les jours.

Chaque jour à ses côtés apporte son lot d'émerveillement et de bonheur.

A tous les deux, je souhaite vous dire que je vous aime. Vous êtes ma plus grande fierté.

A mes parents qui m'ont aidé à me construire tel que je suis aujourd'hui de par leur éducation et leur amour.

Je vous remercie de m'avoir tant apporté humainement. Je suis si fier de vous et je vous aime énormément.

Je tiens à remercier ma mère pour m'avoir inculquer le goût du travail bien fait même si plus jeune cela pouvait me faire rechigner, avec le recul j'apprécie. J'espère t'offrir un beau cadeau d'anniversaire deux jours en avance en ayant mon doctorat.

Je tiens à remercier mon père pour m'avoir mis très jeune un livre dans les mains plutôt que la télévision et aussi d'avoir tant joué avec moi (notamment aux soldats).

A Bernard, qui me considère comme son fils et qui a contribué à mon éducation.

Je te remercie pour tout et je tiens à te dire que je t'aime aussi.

A Catherine, qui m'a offert des frères et sœurs.

Je te remercie de m'avoir accordé ta confiance afin de devenir le parrain de Samuel, même si à l'époque j'étais jeune.

A Ludivine, Cassandra, Samuel et Sarah, mes frères et sœurs qui m'ont accompagné au cours de ma vie.

Je vous remercie pour votre amour et je tiens à vous dire que je vous aime également. Vous m'enrichissez en permanence.

A Julien, qui m'a offert une nièce.

J'espère que tu vas de dépêcher mettre en route un petit frère ou une petite sœur pour Léa.

Je te conseille de bien ralentir avec le vélo parce que ce n'est pas bon pour tes spermatozoïdes.

Aux Bausière, ma belle famille au complet. Je vous aime beaucoup.

A Florence et Gérard, merci de m'avoir accepté et de m'avoir offert Marine. J'espère que vous êtes satisfait de moi et que je ne suis pas un gendre trop pénible.

A Arnaud, Marion et Antoine, merci de tous ces bons moments passés ensemble.

Merci d'avoir donné à Maël une petite cousine afin qu'il puisse lui apprendre toutes ces bêtises.

Aux Spagnol, mon autre famille.

A Hélène et François, merci de m'avoir épaulé dans mes moments difficiles, d'avoir toujours été là avant mes nuits à l'EPSM. Merci pour votre confiance en tant que parrain de Maïa et "tonton" de Eliot.

J'adore les soirées passées avec vous, gagner aux jeux de société et battre François à FIFA. J'adore voir grandir vos petits bouts. Je vous aime très fort.

Au reste de famille qui a toujours su être là pour moi.

Au reste de mes amis qui se reconnaîtront.

Je suis désolé de ne pouvoir citer tout le monde, mais cela pourrait me prendre un livre entier et je ne voudrais pas que cela soit trop pénible à lire pour les membres de mon jury.

Table des matières

Glossaire	p.11
I. Introduction	p.12
II. Objectif et hypothèses	p.13
II.1 La problématique	p.13
II.1.1 L'évolution des relations médecin – patient	p.13
II.1.1.a Le modèle paternaliste	p.13
II.1.1.b Le modèle conflictuel	p.14
II.1.1.c Le modèle négocié et le modèle autonomiste	p.14
II.1.1.d Le modèle collectiviste	p.14
II.1.1.e Le modèle délibératif de l'accord mutuel non contraint	p.15
II.1.2 Le médecin traitant	p.15
II.1.3 Médiatisation et relation médecin – patient	p.17
II.1.4 Désaccord dans la relation médecin – patient	p.17
II.1.4.a Le désaccord	p.18
II.1.4.b Le conflit	p.18
II.1.4.c Les modes de résolution des conflits	p.19
II.1.4.d La judiciarisation	p.20
II.1.5. Les conséquences possibles	p.20
II.1.6. Les apports de la littérature	p.21
II.2. Question de recherche	p.22
II.3. Hypothèse de recherche	p.22
II.4 Objectif de l'étude	p.23
III. Méthode	p.24
III.1. Recherche bibliographique	p.24
III.2. Méthodologie de l'enquête	p.25
III.2.1. Type d'étude	p.25
III.2.2. Population étudiée	p.25
III.2.3. L'enquête	p.26
III.2.4. Contenu du questionnaire	p.27
III.2.5. Retranscription et anonymisation des données	p.28
IV. Résultats	p.29
IV.1. Retour des résultats	p.29
IV.2. Caractéristiques de la population étudiée	p.30
IV.2.1. Sexe et âge de la population	p.30
IV.2.2. Répartition des patients en fonction de l'ancienneté de la relation médecin – patient	p.32
IV.3. Désaccords éprouvés à l'encontre des médecins	p.36
IV.3.1. Désaccord vis à vis du médecin traitant	p.36
IV.3.2. Désaccord vis à vis d'un autre médecin généraliste	p.40
IV.3.3. Désaccord vis à vis d'un médecin spécialiste	p.42
IV.4. Les causes de désaccord vis à vis du médecin traitant	p.45
IV.4.1. Principales causes de désaccord	p.45
IV.4.2. De la communication du désaccord avec le médecin traitant	p.48
IV.5. Du désaccord au changement de médecin traitant	p.49
IV.6. Du Désaccord au règlement judiciaire	p.51

patients	IV.6.1. Causes de désaccord ayant fait envisagées un règlement judiciaire par les	p.51
	IV.6.2. De la communication de ce profond désaccord avec le médecin concerné	p.52
	IV.6.3. Profils des patients ayant envisagées un règlement judiciaire du désaccord	p.53
	IV.7. A propos du feedback de l'enquête	p.55
V. Discussion		p.57
	V.1. Discussion sur la méthode	p.57
	V.1.1. Le choix d'un questionnaire	p.57
	V.1.2. Le choix de la réalisation de l'étude	p.58
	V.1.3. La méthode de recueil des données	p.59
	V.2. Discussion des résultats	p.61
	V.2.1. Limites de l'étude	p.61
	V.2.2. Des facteurs de risque?	P.62
	V.2.3. Du désaccord exprimé à l'encontre des médecins	p.63
	V.2.4. Typologie des attitudes des patients face au désaccord	p.66
	V.2.4.a. L'agression	p.66
	V.2.4.b. La fuite	p.67
	V.2.4.c. L'abandon	p.68
	V.2.4.d. La négociation	p.69
	V.2.4.e. La médiation	p.70
	V.2.4.f. La rupture	p.71
	V.2.5. Du désaccord à la judiciarisation	p.72
	V.2.6. Le ressenti des patients	p.73
	V.3. Propositions, suggestions	p.74
	V.3.1. Des compétences spécifiques à acquérir	p.74
	V.3.1.a. Apprendre à communiquer	p.74
	V.3.1.c. Le rôle de la formation	p.75
	V.3.1.b. Apprendre à s'entourer	p.76
	V.3.2. Améliorer la communication du patient	p.76
VI. Conclusion		p.79
Bibliographie		p.80
Annexes		p.85
Résumé		p.88

Glossaire

- ALD : affection de longue durée
- CISMeF : catalogue et index des sites médicaux de langue française
- DMP : dossier médical personnel
- INSERM : institut national scientifique d'études et de recherches médicales
- MeSH : medical subject headings
- NLM : national library of medicine
- OPE : organe - patient - environnement
- RDV : rendez-vous
- SCM : société civile de moyens
- SUDOC : système universitaire de documentation
- WONCA : world organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians

I. Introduction

La Médecine Générale est une spécialité médicale à part entière. En effet, celle-ci s'inscrit dans une relation médecin - malade singulière. La prise en charge du patient se fait dans sa globalité et dans ce que le patient a d'unique. C'est au travers de l'exercice de la Médecine Générale que nous prenons conscience de l'importance du système OPE (Organe - Patient - Environnement), car nous ne traitons pas qu'une maladie ou un organe mais bien un patient avec ses particularités qui lui sont propres, ses conceptions et ses croyances concernant son corps, sa santé, sa maladie. De plus, nous devons aussi prendre conscience et intégrer les particularités de son environnement, qui peut être schématisé par l'ensemble de l'entourage du patient, pour la prise de décision thérapeutique. Nous voyons bien qu'à travers ce système OPE, la relation médecin - malade peut se complexifier à plusieurs niveaux.

Si nous prenons en compte l'une des nombreuses définitions existantes de la médecine générale, nous pouvons retenir celle de la WONCA Europe 2002. « *La médecine générale, médecine de famille, [...] est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.* » « *Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, [...] prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.* » « *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin - patient basée sur une communication appropriée.* » « *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.* »

Cependant comme toutes relations, la relation médecin - malade peut être le théâtre de désaccords pouvant rendre la relation entre un praticien et son patient compliquée. Ceci peut influencer sur la prise en charge du patient, par exemple par une lassitude du médecin ou bien par un défaut d'observance du patient ou encore par une rupture de relation.

II. Objectif et hypothèses

II.1 La problématique

II.1.1 L'évolution des relations médecin - patient

La société occidentale a vécu de profondes transformations marquées notamment par un individualisme et une attitude consumériste de plus en plus marqués. Le monde de la santé n'a pas échappé à cette évolution de la société, et les conséquences en sont ressenties au quotidien (1). Différents modèles sociologiques ont ainsi émergé au fil de ces transformations sociétales.

II.1.1.a Le modèle paternaliste

Auparavant, le modèle paternaliste prédominait en médecine depuis Hippocrate (2). Ce modèle, défini par Parson dans les années 1950 (3), se basait sur trois postulats : le pouvoir des soignants, l'ignorance et la soumission des malades (1). Dans ce modèle, le médecin savait et décidait seul pour le bien du malade (4)(5). Ceci était d'ailleurs très bien exprimé dans le Code de déontologie de 1947 « *le médecin [devait] s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision* ». Le patient n'avait d'autres choix que de coopérer et rester passif (6).

Des conflits pouvaient donc émerger si le patient refusait cette soumission, mais ceux-ci étaient relativement peu fréquents (7).

II.1.1.b Le modèle conflictuel

Dans les années 1970, la remise en cause du paternalisme a conduit à définir un nouveau modèle de relation médecin - patient. Le sociologue Freidson développe alors l'idée d'un modèle conflictuel (7). Selon lui, le médecin ne serait ni altruiste, ni dévoué (5)(7) mais lutterait pour conserver son monopole sur la santé. Les patients quant à eux émettraient de plus en plus le souhait d'être mieux considérés (7). Ce modèle a mis en lumière la confrontation entre savoir médical, propriété exclusive du médecin, d'un côté et de l'autre, en opposition, les croyances profanes des patients, source de conflits (7).

II.1.1.c Le modèle négocié et le modèle autonomiste

Le modèle négocié apparaît dans les années 1990. Selon Strauss, les positions hiérarchiques et les décisions ne sont plus figées. La relation médecin - patient est centrée sur le partage du pouvoir (7).

Dans cette optique, a eue lieu en 2001 la première conférence sur la décision médicale partagée (6).

La décision médicale se centre davantage sur le patient avec l'émergence du modèle autonomiste. Ceci est d'ailleurs renforcé par la Loi du 4 Mars 2002 qui stipule que « *toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* » (6). Le médecin devient en quelque sorte un conseiller technique (8). Ce modèle peut poser problème chaque fois que les préférences du patient vont contre son intérêt ou celui du système de soins (2). Le patient peut alors remettre en cause le diagnostic et la prise en charge (9).

II.1.1.d Le modèle collectiviste

Ce modèle est fondé sur la solidarité puisqu'il attribue le pouvoir décisionnel à la collectivité. Il utilise le principe de justice et d'équité. Sa force réside dans la distribution de moyens considérables et dans leur accès au plus grand nombre. Ses limites tiennent au respect de

l'individu souvent sacrifié au regard du bien collectif. La limite la plus importante est le fait de la nécessité d'un haut niveau de responsabilité, tant de la part des usagers que des décideurs.

En France, ce modèle est implicitement imposé par l'obligation d'adhésion au système d'assurance maladie. En règle générale cependant, lorsqu'il y a opposition, notre système a tendance à privilégier l'individu au détriment de la collectivité (6).

II.1.1.e Le modèle délibératif de l'accord mutuel non contraint

C'est dans l'intention de rétablir un équilibre rationnel entre les différents acteurs que ce modèle a été proposé. En effet, la relation de soin est par essence asymétrique car le patient sera toujours celui qui souffre, le médecin celui qui sait et la collectivité celle qui dispose. Ce modèle cherche à aboutir à un accord librement consenti, donc non contraint entre les trois acteurs fondamentaux. Son fondement moral n'est plus l'altruisme, l'autodétermination, ou l'utilité collective, mais le respect de la personne et la solidarité.

L'accord mutuel librement consenti n'est atteint que lorsque les trois acteurs impliqués acceptent loyalement une décision comme représentant la meilleure stratégie possible compte tenu des réalités contextuelles, en somme comme le moins mauvais choix possible en l'état (6). Ceci repose donc essentiellement sur la qualité de l'information délivrée.

Déontologiquement, cette information doit être claire, loyale et appropriée. En fait, elle doit porter, au-delà de ce que chacun veut savoir, sur ce que chacun doit savoir (10).

II.1.2 Le médecin traitant

Jusqu'à une période récente, le médecin traitant n'avait d'autre définition que celle du dictionnaire : médecin qui soigne habituellement le patient. Avec la loi du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie, et l'arrêté du 3 Février 2005 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005, le médecin traitant reçoit pour la première fois une définition légale et se voit confier ainsi un certain nombre de missions spécifiques, pour certaines tout à fait nouvelles. Pour qui se

livrerait à une lecture rapide de ces textes, l'instauration du médecin traitant ne fait qu'officialiser le rôle tenu depuis toujours par le « médecin de famille » (11).

Par la signature d'un formulaire, l'assuré social déclare choisir tel médecin traitant qui, de son côté, accepte cette désignation en paraphant le document. Il s'agit donc d'un engagement mutuel par lequel patient et praticien acceptent de rentrer dans le dispositif, avec ses contraintes.

D'après les chiffres de la Sécurité Sociale, en Novembre 2008, 85 % des assurés (soit 43 millions de personnes) avaient déclaré un médecin traitant ; ce pourcentage monte à 96 % pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée. 99,5 % des français ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant (12).

L'un des rôles du médecin traitant est donc de coordonner l'ensemble des soins reçus par son patient. C'est lui qui l'oriente si nécessaire vers un médecin spécialiste « correspondant » ou un service hospitalier. Il a en outre l'obligation de tenir informé les médecins correspondants. Il a vocation également à centraliser les informations : résultats d'examens, traitements. Il dispose ainsi d'une vision globale de l'état de santé de son patient (11). Il est donc tenu de bien informer son patient sur les conséquences de son choix, notamment il doit préciser à son patient que le praticien consulté en dehors du parcours de soins pourra pratiquer des dépassements et que le taux de prise en charge sera réduit. Cette obligation d'information sur les modalités de remboursement des soins n'est pas nouvelle puisque la Loi du 4 Mars 2002 sur les Droits des malades avait déjà inséré dans le Code de la Santé Publique un article L. 1111-3 selon lequel : « *Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie* ».

Aux côtés d'obligations déjà existantes mais renforcées, la réforme introduit également des nouveautés telles que la participation à l'élaboration du protocole de soins pour les affections de longue durée (ALD) et la tenue du futur dossier médical personnel (DMP) (12).

II.1.3 Médiatisation et relation médecin – patient

« L'accès à des sources d'information de plus en plus étendues [peut] conduire à des revendications et des comportements qui ne correspondent ni à la culture du monde soignant, ni à une saine relation thérapeutique » (1).

Internet par exemple, source intarissable d'information, comporte de graves inconvénients. En effet, le patient découvre d'innombrables informations qui ne sont ni triées, ni hiérarchisées, ni évaluées et pouvant contredire l'information fournie par le médecin (13).

En outre certaines informations relayées par la presse écrite ou télévisée ne visent qu'à réaliser un gros titre en insistant sur les erreurs médicales (14), confondant trop souvent vérité et approximation. A force de placarder en une des journaux télévisés les erreurs médicales sans donner d'explications appropriées, les médias ont contribué à altérer la confiance des patients (14)(15)(16). Certains patients refusent même de prendre certains traitements, parfois au détriment de leur santé (16).

A l'inverse, d'autres peuvent être déçus de ne pas avoir accès au nouveau traitement miracle plébiscité dans les revues grand public (17).

II.1.4 Désaccord dans la relation médecin – patient

Comme la médecine, la relation médecin – patient s'inscrit dans une histoire et des problématiques complexes. En effet, comme il a été vu précédemment cette relation thérapeutique moderne n'est plus seulement duelle mais tripartite, faisant intervenir le soignant, le soigné et la collectivité. Cette relation est obligatoirement asymétrique (18).

Cette relation peut susciter des désaccords et nécessite donc sans cesse des ajustements fondés sur les attentes du soigné, du soignant et de la collectivité (19).

II.1.4.a Le désaccord

Le désaccord dans le sens où nous l'entendons est plutôt synonyme de mésentente. Il est la conséquence d'une différence d'opinion, voire d'un manque d'harmonisation des différents points de vue. Ne pas avoir la même opinion qu'autrui ne signifie pas que notre opinion est la meilleure. C'est dans ce contexte que des désaccords peuvent surgir entre médecins et patients du fait de points de vue différents (20). Le désaccord n'est pas forcément péjoratif, il peut même être enrichissant pour les deux participants.

Le contexte peut parfois limiter la qualité de l'échange et la compréhension mutuelle (1). Chacun commence alors à émettre un jugement négatif sur l'autre (1)(21).

Les désaccords, pour la majorité des cas, surviennent suite à une carence de communication par manque d'écoute, privant le médecin d'informations essentielles, ou par manque d'explications laissant le malade aux prises avec ses questionnements.

Les désaccords répétés, devenus incompréhensions et sujets à des transferts négatifs, peuvent être à l'origine des conflits (1)(20)(22).

II.1.4.b Le conflit

Le conflit est inhérent aux rapports humains. Il fait partie des formes normales de la relation médecin – patient, au même titre que la bonne entente. Il est la conséquence de la différence de points de vue ou d'opinions ou encore de la divergence d'intérêts (22). Le conflit comporte aussi des enjeux cognitifs. Il trouve son origine dans les différences de représentations, car « *chacun pense qu'il voit le monde tel qu'il est parce qu'il pense qu'il est tel qu'il le voit* » (23). De même, la communication peut être source de conflit du fait d'incompréhension ou de « malentendus » (13).

La représentation du conflit fait peur puisqu'il génère souvent des sentiments négatifs notamment de l'anxiété, de la colère, voire de la violence. Une fois enclenché, il est difficile

de faire machine arrière car le conflit s'autoalimente. Les protagonistes dominés par leur émotions, perdent distance et lucidité face à la situation (22).

Néanmoins un conflit peut jouer un rôle positif puisqu'il permet de mettre en exergue ce qui ternit la relation, d'éliminer les sources de discordes, de redéfinir les bases de la relation médecin – malade voire de rechercher un meilleur équilibre. C'est dans ce sens qu'il peut favoriser la régulation, l'évolution et l'ajustement du rapport entre les protagonistes (19).

II.1.4.c Les modes de résolution des conflits

Le conflit connaît plusieurs modes de résolutions : un mode de résolution primaire hérité du règne animal et étudié en éthologie, et un second mode de résolution évolué propre à l'homme et basé sur la parole et la discussion (24).

La résolution primaire des conflits se caractérise par trois manières différentes :

- la fuite ou l'évitement qui peuvent se caractériser, dans le cadre de la relation médecin – malade, par le changement de praticien.

- l'abandon ou la soumission, se caractérisant par le déni du conflit. Nous pouvons représenter cela par une sorte de tâche aveugle dans la relation médecin - malade.

- l'agression ou le combat qu'il soit verbal ou physique. Nous pouvons illustrer ceci par quelques chiffres : en 2011, l'Observatoire sur la Sécurité des Médecins a enregistré 822 déclarations, soit 171 de plus que la moyenne décennale. 60% concernaient des généralistes. 53% des agressions étaient commises par des patients. Dans 70% des cas, il s'agissait de violences verbales (injures ou menaces) (25).

La résolution évoluée propre à l'espèce humaine se fait selon trois modalités :

- la négociation d'un accord entre les deux protagonistes. Cette négociation peut être soit compétitive (un des protagonistes tente d'imposer sa façon de voir les choses), soit coopérative (les différents protagonistes essaient d'arriver à un accord dit « gagnant-gagnant »).

- la médiation, celle-ci s'effectue avec l'aide d'une tierce personne qui tente de concilier les différents protagonistes autour d'un consensus commun.

- la rupture ou la judiciarisation qui arrive bien souvent après échec des autres modes de résolutions. Elle va tenter de mettre les différentes parties d'accord par le biais d'une décision de justice qui fera loi.

II.1.4.d La judiciarisation

La judiciarisation de la médecine n'est pas un fait récent puisque dès le XVII^e siècle, nous retrouvons des mises en cause judiciaire de médecins (26). Aujourd'hui, la question de la judiciarisation de la médecine est très présente dans le débat public. Dans l'esprit des professionnels de santé, la médecine fait l'objet d'une mise en cause de plus en plus fréquente par la justice. Cette évolution qualifiée de « dérive à l'américaine » est perçue comme essentiellement négative par les médecins (27). Cette crainte, confortée dans certaines spécialités médicales dites « à risque » comme la chirurgie, l'anesthésie ou l'obstétrique, s'est matérialisée par des hausses importantes des primes d'assurances professionnelles.

En parallèle de cette évolution des rapports juridiques soignant – soigné, des nouveaux droits pour les patients ont vu le jour du fait du développement des associations de malades et d'une montée de leurs revendications.

Cette judiciarisation a eu pour conséquence de modifier la relation médecin – patient voire d'influer sur la pratique de la médecine, car l'augmentation des plaintes ou simplement la peur de la plainte, modifie les pratiques médicales. La judiciarisation induit des stratégies de médecine « défensive » altérant les relations médecin - patient, cela peut notamment se voir par l'explosion des demandes d'examens complémentaires (14)(28).

II.1.5. Les conséquences possibles

Les conflits à force peuvent devenir source de souffrance, de fatigue, voire de burn out (36). Les difficultés relationnelles qui en découlent peuvent nuire à la qualité des soins (1)(3). L'erreur médicale serait facilitée par une communication défailante, la colère ou la démotivation du médecin (37). L'observance peut diminuer du fait d'une méfiance du

patient ou de la mauvaise compréhension de sa pathologie (38). Quand la relation aboutit à une rupture de relation, le patient risque de subir une discontinuité des soins, voire une perte de chance.

II.1.6. Les apports de la littérature

Quelques thèses françaises abordent le conflit soignant-soigné (9)(29). L'une d'entre elle explore le versant juridique (29), d'autres évoquent le rôle favorisant des changements d'humeur (30) et du contexte dans le conflit (9)(17). Elles donnent aussi quelques pistes de réflexion, comme délivrer une information claire sur la prise en charge et s'assurer du consentement aux soins (12). Pour résoudre le conflit, elles recommandent de reconnaître avant tout le problème (9)(17), mais aussi de chercher à connaître et comprendre le patient (20). Elles rappellent que « *respecter la dignité du patient c'est proposer, et non pas imposer la prise en charge* » (17). Une thèse a également été réalisée sur les comportements des médecins généralistes lors de conflits avec leurs patients (31).

Le conflit aboutit parfois à des ruptures de relations. Celles-ci ont été bien étudiées dans les pays anglo-saxons (21)(32)(33). En Grande Bretagne, les ruptures interviennent au terme d'un long processus conflictuel ou de situations jugées intolérables (32). Elles sont souvent suggérées et implicites (32)(33). La médiation serait peu employée (33). Les américains, pour leur part, ont établi une procédure standardisée pour rompre avec un patient (34)(35).

Par contre, nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant les désaccords dans la relation médecin patient, du point de vue du patient, ni d'étude concernant les attitudes des patients lors de la résolution des conflits.

II.2. Question de recherche

A la vue de notre problématique, nous nous posons donc la question suivante :

Comment les patients tentent-ils de résoudre un désaccord ou un conflit vis à vis de leur médecin traitant?

Dans le cadre de notre questionnaire, nous avons soumis aux patients plusieurs attitudes possibles dans le cas de la résolution des conflits, à savoir :

- Le patient peut ne pas tenir compte du désaccord ou du conflit, et s'abstenir de dialoguer avec le médecin.
- Le patient peut tenir du compte du désaccord ou du conflit, et préférer éviter une confrontation par le biais d'un changement de médecin traitant.
- Le patient peut tenir compte du désaccord ou du conflit, et préférer passer par un dialogue afin de résoudre le problème.

II.3. Hypothèse de recherche

Suite à nos recherches bibliographiques, nous avançons les suppositions suivantes :

- Le médecin traitant est source de moins de désaccords, voire de conflits, par rapport aux autres médecins s'occupant du patient, du fait de sa plus grande proximité avec le patient.
- Les désaccords des patients sont probablement sous estimés par les médecins et par les patients eux-mêmes. Rappelons ici que le désaccord n'est pas forcément quelque chose de négatif.

- Le mode de résolution des conflits par le déni du désaccord, voire par l'évitement en changeant de médecin est probablement le mode le plus utilisé par les patients, car il est le plus facile à mettre en place.
- Le mode de résolution des conflits par la judiciarisation est sûrement celui le moins utilisé par les patients.
- La verbalisation d'un désaccord par le patient est assez peu fréquent, empêchant de se rendre compte pour le médecin qu'il existe un désaccord et pouvant être responsable d'un conflit tu par le patient mais néanmoins existant.

II.4 Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est d'explorer les attitudes des patients en cas de désaccord avec leur médecin traitant, et de tenter de cibler si certains facteurs comme l'âge, le sexe ou la durée de la relation avec le médecin traitant ont une influence sur les désaccords et la résolution de ceux-ci.

Cela concerne donc :

- La communication ou non avec le médecin du désaccord.
- La conséquence de ce désaccord sur la relation médecin - malade

L'objectif de notre étude est ainsi de :

- mettre en lumière les principales attentes des patients vis à vis de leur médecin traitant au travers de leurs désaccords,
- identifier les principaux modes de résolution de ces conflits par les patients,
- voir si les patients utilisent le dialogue pour tenter de résoudre un désaccord, et si ce n'est pas le cas, de les interroger afin de mieux cerner leurs difficultés.

III. Méthode

III.1. Recherche bibliographique

La recherche des références bibliographique a été effectuée à partir :

- De bases de données internautes :
- PubMed (Site de la NLM, National Library of Medicine).
- CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française).
- Science direct.
- Les revues en ligne via le Service Commun de Documentation de l'Université de Poitiers.
- Le SUDOC (Système Universitaire de Documentation).
- De sites officiels : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Académie Nationale de Médecine, Assurance Maladie, Légifrance.
- Du moteur de recherche Google scholar.
- De la littérature grise : via la bibliographie des articles trouvés, le site Amazon, la consultation des sections « psychologie » en librairie, et sur les conseils du directeur de thèse.

Elle fut complétée par:

- Des supports de présentation issus de congrès ou de séminaires portant sur les relations médecin - patient.

Les recherches concernant la littérature française ont été effectuées principalement avec les

mots « relation médecin-malade », « relation médecin - patient », « conflit », « judiciarisation », « médecine générale ».

Les recherches sur la littérature anglo-saxonne ont été effectuées principalement à l'aide des mots-clés « physician - patient relations », « communication », « conflit ». Ces mots-clés ont été déterminés à partir des références du « MeSH bilingue » sur le site de l'Inserm (Institut National Scientifique d'Etudes et de Recherches Médicales). Les « MeSH » correspondent à « Medical Subject Headings ». Ce sont les mots-clés de référence pour effectuer une recherche sur PubMed.

III.2. Méthodologie de l'enquête

III.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale effectuée via des questionnaires individuels remis à tous patients volontaires. Ce questionnaire portait sur le désaccord et la judiciarisation dans le cadre de la relation médecin - patient. Il comprenait des questions fermées et des questions semi-ouvertes. L'ensemble des réponses étaient anonymes.

III.2.2. Population étudiée

Nous avons décidé d'inclure dans l'étude tous patients de plus de 16 ans, âge à partir duquel tout patient se doit de déclarer un médecin référent qu'il a choisi. Pour participer à l'étude, il fallait donc uniquement être volontaire, et savoir lire et écrire.

A contrario, les critères d'exclusion étaient les suivants : avoir moins de 16 ans, avoir une déficience mentale, avoir des problèmes pour la lecture et l'écriture.

Nous nous sommes concentrés à étudier les patients consultants des médecins généralistes de la Vienne.

III.2.3. L'enquête

L'enquête était donc avant tout descriptive et transversale. Nous avons décidé d'envoyer un total de 4000 questionnaires répartis dans 100 cabinets médicaux différents du département de la Vienne. Pour ce faire, nous avons recensé la totalité des cabinets médicaux de la Vienne grâce aux Pages Jaunes 2011-2012, soit 203 cabinets médicaux. Ici le terme de cabinet médical regroupait également les SCM ainsi que les maisons médicales. Certains ne comportaient qu'un seul médecin, alors que d'autres en comptaient jusqu'à six. Nous avons rassemblé l'ensemble des adresses des lieux où exerçait au moins un médecin généraliste, puis nous avons effectué un choix de 100 cabinets médicaux par tirage au sort. Nous avons envoyé 40 exemplaires du questionnaire à délivrer aux patients (annexe 1) ainsi qu'un courrier adressé aux médecins expliquant le déroulement de l'étude (annexe 2) à ces 100 cabinets médicaux.

Pour la distribution des questionnaires, deux possibilités se présentaient :

- soit le cabinet médical avait une secrétaire qui travaillait au sein du cabinet (excluant donc les services de secrétariat téléphonique), dans ce cas c'était à la secrétaire de soumettre et de récolter les questionnaires auprès des patients en précisant que ce questionnaire était anonyme,

- soit il n'y avait pas de secrétaire sur place, et dans ce cas c'était au médecin de distribuer le questionnaire aux patients à la fin de la consultation, de lui demander de le remplir en salle d'attente puis, une fois rempli, de le mettre dans une enveloppe kraft laissée à disposition dans la salle d'attente.

Afin de simplifier la remise des questionnaires, nous avons demandé aux médecins participants à l'étude, d'effectuer la distribution des questionnaires sur une période de cinq

jours, soit du lundi au vendredi. Puis de renvoyer l'ensemble des questionnaires, même ceux non remplis à la fin des cinq jours.

Tous les questionnaires ont été adressés début août 2013 aux différents cabinets médicaux retenus lors du tirage au sort (effectué fin juillet 2013).

III.2.4. Contenu du questionnaire

Le questionnaire se divisait en cinq parties bien identifiées. Chacune des parties comprenait entre trois et cinq questions. Au total, le questionnaire se compose de dix huit questions dont douze questions fermées (questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 15 et 17), une question à choix multiple (question 7) et cinq questions semi-ouvertes (questions 9, 13, 14, 16 et 18).

Les cinq parties du questionnaire se décomposaient de la manière suivante :

- Une première partie sur les caractéristiques des patients ayant participé au questionnaire,
- Une deuxième partie sur les désaccords en général à l'encontre d'un médecin, que ce soit le médecin traitant, un autre médecin généraliste ou un spécialiste,
- Une troisième partie sur les causes et certaines conséquences du désaccord envers un médecin traitant, mais aussi sur la présence d'un dialogue ou non initié par le patient,
- Une quatrième partie sur le règlement judiciaire du désaccord et sur la discussion de ce problème avec le médecin concerné,
- Une cinquième partie sur l'apport de ce questionnaire pour le patient.

Le questionnaire a été testé auprès d'un focus group comprenant : des internes, des médecins et des patients, afin de voir si celui ci était suffisamment compréhensible. Il a été jugé que ce questionnaire nécessitait environ 10 minutes pour être rempli.

III.2.5. Retranscription et anonymisation des données

Toutes les réponses ont été retranscrites et traitées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007, afin de les intégrer sous forme de tableaux. L'analyse des résultats a donc été essentiellement descriptive. Les réponses aux cinq questions semi ouvertes (questions 9, 13, 14, 16 et 18) ont été intégrées également dans le tableur Excel puis regroupées par thème principaux.

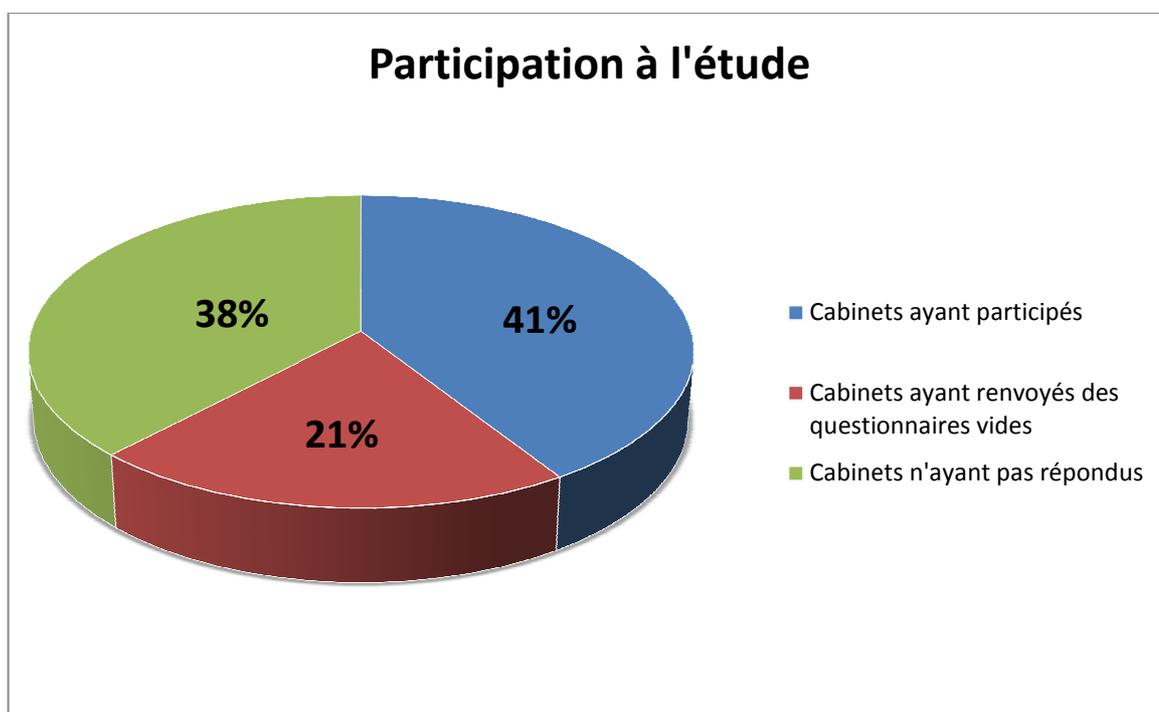
Seules les données pouvant nuire à l'anonymat du patient ou du médecin ont été modifiées, notamment des noms de patients, de médecins ou encore des lieux et des dates qui pouvaient apparaître dans le cadre des questions semi-ouvertes.

IV. Résultats

IV.1. Retour des résultats

Sur l'ensemble des 100 courriers envoyés aux différents cabinets du département de la Vienne, 41 cabinets médicaux ont participé à l'étude en faisant remplir les questionnaires par leurs patients. Nous avons également enregistré le retour de 21 enveloppes contenant l'ensemble des questionnaires non remplis, dont 5 d'entre eux étaient accompagnés d'une réponse expliquant le refus de participer à l'étude. Pour ces 5 courriers, ce qui ressort est que les médecins sollicités pour participer à l'étude ne souhaitent pas que les patients prennent conscience de la possibilité d'une action judiciaire. Enfin, 38 cabinets médicaux n'ont pas souhaité donner suite à l'étude, en ne renvoyant aucun questionnaire ni aucune explication.

Au cours de l'étude, nous avons reçu 6 appels de médecins généralistes souhaitant avoir plus d'explications sur le déroulement, ainsi que les aboutissements de l'étude.



Sur les 4000 questionnaires remis aux différents cabinets médicaux, nous avons reçu 325 questionnaires remplis par les patients, soit un pourcentage de 8,15% de réponses.

Dans les courriers de retour, nous avons retrouvé un ensemble de questionnaires allant de 2 à 40 questionnaires remplis par les patients des cabinets ayant souhaité participer à l'étude.

IV.2. Caractéristiques de la population étudiée

IV.2.1. Sexe et âge de la population

Sur les 325 patients ayant participé à l'étude, nous avons 122 hommes, soit 37,5% de l'ensemble de la population, et 203 femmes soit 62,5% de la population.

Parmi les 122 hommes :

- 11 d'entre eux ont entre 16 et 25 ans soit 3,4% des patients étudiés,
- 68 ont entre 25 et 60 ans soit 20,9% des patients étudiés,
- 43 hommes ont plus de 60 ans soit 13,2% des patients étudiés.

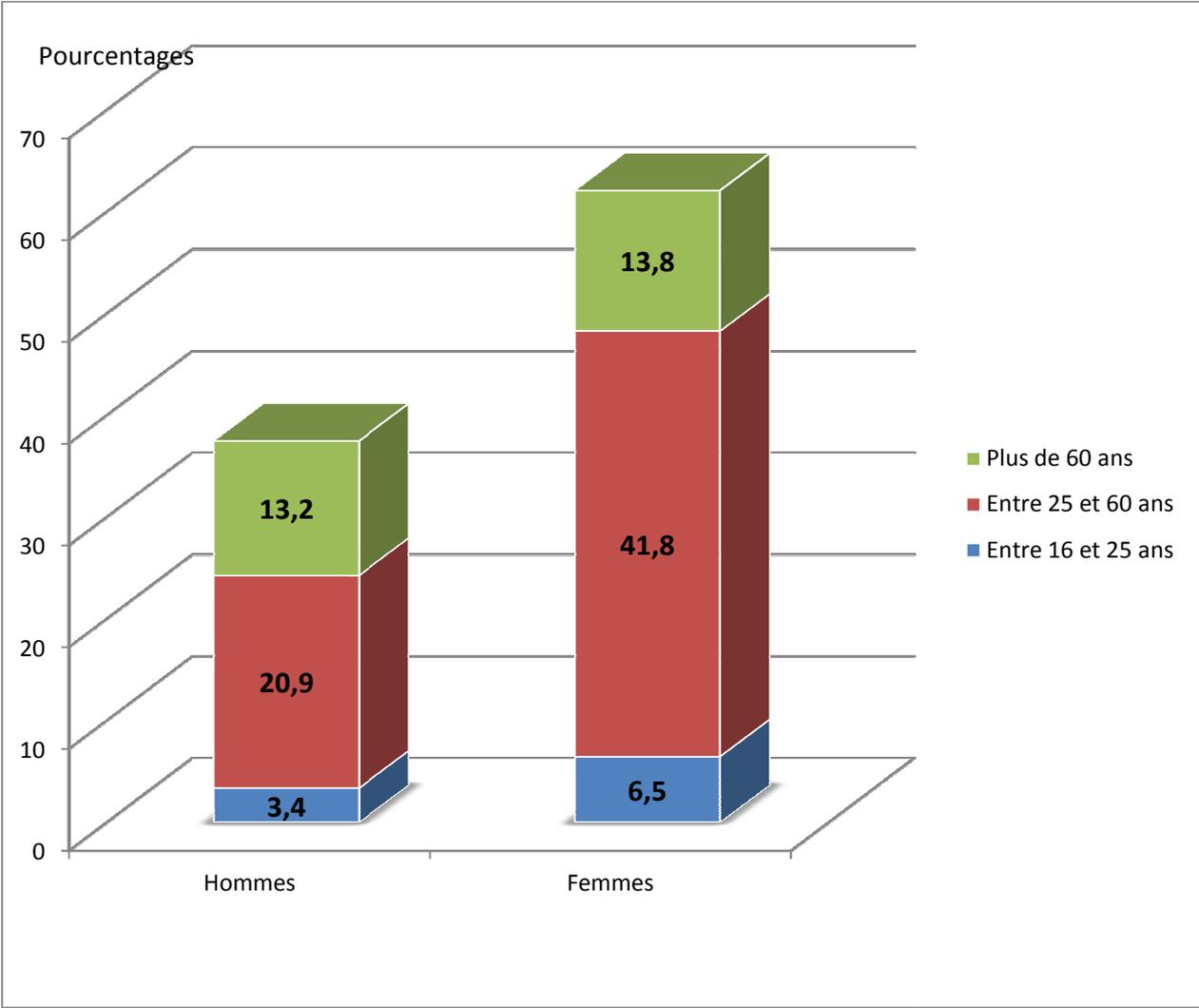
Parmi les 203 femmes :

- 22 d'entre elles ont entre 16 et 25 ans soit 6,8% des patients étudiés,
- 136 femmes ont entre 25 et 60 ans soit 41,8% des patients étudiés,
- 45 femmes ont plus de 60 ans soit 13,8% des patients étudiés.

Il est intéressant de noter que si nous comparons uniquement les 2 groupes de 16 à 25 ans et de 25 ans à 60 ans, nous constatons qu'il y a 2 fois plus de femmes que d'hommes : 158 femmes contre 79 hommes. Alors que le groupe de patients âgés de plus de 60 ans a une population sensiblement homogène, avec 45 femmes pour 43 hommes.

Ci-dessous nous avons mis le graphique de répartition des patients ayant répondu à l'enquête en fonction de leur sexe et de leur âge.

Répartition de la population en fonction du sexe et de l'âge



IV.2.2. Répartition des patients en fonction de l'ancienneté de la relation médecin - patient

Les patients interrogés pour l'étude ont été répartis en fonction de l'ancienneté de leur relation avec leur médecin traitant. Parmi les 325 patients :

- 120 étaient avec leur médecin traitant depuis moins de 5 ans soit 36,9% des patients de l'étude,
- 115 étaient avec leur médecin traitant depuis 5 à 15 ans soit 35,4%,
- 40 étaient avec leur médecin traitant depuis 15 à 25 ans soit 12,3% des personnes interrogées.
- 46 patients étaient avec leur médecin traitant depuis plus de 25 ans soit 14,2% de notre population d'étude.
- Enfin, 4 patients n'ont pas répondu à cette question soit 1,2% des patients.

Chaque catégorie d'âge a été divisée en sous-groupes selon l'ancienneté de leur relation avec leur médecin traitant.

Pour les hommes entre 16 et 25 ans :

- 4 étaient avec leur médecin traitant depuis moins de 5 ans, soit 36,3%
- 3 étaient avec leur médecin traitant depuis 5 à 15 ans, soit 27,3%
- 3 étaient avec leur médecin traitant depuis 15 à 25 ans, soit 27,3%
- aucun parmi eux n'était avec son médecin traitant depuis plus de 25 ans
- et enfin, 1 seul n'a pas répondu, soit 9,1%.

Pour les hommes entre 25 et 60 ans :

- 29 étaient avec leur médecin traitant depuis moins de 5 ans, soit 42,6%
- 24 étaient avec leur médecin traitant depuis 5 à 15 ans, soit 35,3%
- 5 étaient avec leur médecin traitant depuis 15 à 25 ans, soit 7,4%
- 9 étaient avec leur médecin traitant depuis plus 25 ans, soit 13,2%
- enfin, 1 seul n'a pas répondu soit 1,5%.

Pour les hommes de plus de 60 ans :

- 3 étaient avec leur médecin traitant depuis moins de 5 ans, soit 7,0%
- 20 étaient avec leur médecin traitant depuis 5 à 15 ans, soit 46,5%
- 6 étaient avec leur médecin traitant depuis 15 à 25 ans, soit 14,0%
- 13 étaient avec leur médecin traitant depuis plus 25 ans, soit 30,2%
- enfin, 1 seul n'a pas répondu, soit 2,3%.

Pour les femmes entre 16 et 25 ans :

- 10 étaient avec leur médecin traitant depuis moins de 5 ans, soit 45,5%
- 9 étaient avec leur médecin traitant depuis 5 à 15 ans, soit 40,9%
- 3 étaient avec leur médecin traitant depuis 15 à 25 ans, soit 13,6%
- aucune parmi elles n'était avec son médecin traitant depuis plus 25 ans
- il n'y a pas eu de non répondant dans ce groupe.

Pour les femmes entre 25 et 60 ans :

- 58 étaient avec leur médecin traitant depuis moins de 5 ans, soit 42,6%
- 47 étaient avec leur médecin traitant depuis 5 à 15 ans, soit 34,6%
- 19 étaient avec leur médecin traitant depuis 15 à 25 ans, soit 14,0%
- 12 étaient avec leur médecin traitant depuis plus 25 ans, soit 8,8%
- il n'y a pas eu de non répondant dans ce groupe.

Pour les femmes de plus de 60 ans :

- 16 étaient avec leur médecin traitant depuis moins de 5 ans, soit 35,6%
- 12 étaient avec leur médecin traitant depuis 5 à 15 ans, soit 26,7%
- 4 étaient avec leur médecin traitant depuis 15 à 25 ans, soit 8,9%
- 12 étaient avec leur médecin traitant depuis plus 25 ans, soit 26,7%
- enfin, 1 parmi elles n'a pas répondu, soit 2,2%.

Nous pouvons constater qu'au niveau de ces catégories d'âge, il existe une bonne homogénéité entre les 2 sexes, surtout au niveau des 2 groupes les plus importants : les hommes entre 25 et 60 ans, et les femmes entre 25 et 60 ans.

En ce qui concerne les autres groupes, l'homogénéité est moins franche, cela est dû au fait que ces groupes sont plus petits, mais au moins 3 sous groupes sur les 5 semblent homogènes.

Afin d'avoir une répartition de l'ensemble des patients en fonction de leur sexe, leur âge et de la durée de la relation avec leur médecin traitant, nous vous laissons vous reporter au tableau suivant, détaillant cette répartition.

Nous avons mis entre parenthèse le pourcentage de chaque sous groupe en fonction de leur groupe, le groupe étant défini par l'appartenance à une catégorie liée à une tranche d'âge et au sexe afin de mieux observer l'homogénéité entre les différents sous groupes.

Groupe démographique étudié

	Relation depuis moins de 5 ans	Relation depuis 5 à 15 ans	Relation depuis 15 à 25 ans	Relation depuis plus de 25 ans	Patients n'ayant pas répondu	Total
Hommes entre 16 et 25 ans	4 (36,3%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	0 (0%)	1 (9,1%)	11
Femmes entre 16 et 25 ans	10 (45,5%)	9 (40,9%)	3 (13,6%)	0 (0%)	0 (0%)	22
Hommes entre 25 et 60 ans	29 (42,6%)	24 (35,3%)	5 (7,4%)	9 (13,2%)	1 (1,5%)	68
Femmes entre 25 et 60 ans	58 (42,6%)	47 (34,6%)	19 (14,0%)	12 (8,8%)	0 (0%)	136
Hommes de plus de 60 ans	3 (7,0%)	20 (46,5%)	6 (14,0%)	13 (30,2%)	1 (2,3%)	43
Femmes de plus de 60 ans	16 (35,6%)	12 (27,6%)	4 (8,9%)	12 (26,7%)	1 (2,2%)	45
Total	120	115	40	46	4	325

IV.3. Désaccords éprouvés à l'encontre des médecins

Sur la question concernant les désaccords à l'encontre d'un médecin, que ce soit le médecin traitant, un médecin spécialiste, ou un autre médecin (remplaçant, interne), nous avons recensé :

- 176 patients n'ayant jamais éprouvé de désaccord envers un médecin en général, soit 54,2% des patients interrogés,

- 149 patients qui ont déjà ressenti un désaccord à l'encontre d'au moins un médecin voire plus, soit 45,8% des patients de notre étude.

IV.3.1. Désaccord vis à vis du médecin traitant

Sur les 325 patients ayant participé à l'étude, 30 patients disent avoir déjà éprouvé un désaccord vis à vis de leur médecin traitant, 289 patients n'ayant jamais eu de désaccord avec leur médecin traitant, et 6 patients non pas répondu.

Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à ces 30 patients, comprenant 22 femmes, soit 73,3% de ces patients, et 8 hommes, soit 26,7%.

De plus, parmi ces 30 patients qui évoquent spontanément avoir déjà ressenti un désaccord vis à vis de leur médecin généraliste :

- 23 patients ont entre 25 et 60 ans, soit 76,7% de ces 30 patients,

- 5 patients ont plus de 60 ans, soit 16,7% de ces 30 patients,

- 2 patients ont entre 16 et 25 ans, soit 6,6% de ces 30 patients.

Nous remarquons également que l'ancienneté de la relation a une importance dans le ressenti du désaccord car :

- 17 patients connaissant leur médecin traitant depuis moins de 5 ans disent avoir ressenti un désaccord avec leur médecin, soit 56,7% de ces 30 patients,

- 6 patients connaissant leur médecin depuis 5 à 15 ans ont répondu avoir éprouvé un désaccord avec leur médecin soit 20,0% de ces 30 patients,

- 4 patients connaissant leur médecin depuis 15 à 25 ans ont répondu avoir éprouvé un désaccord avec leur médecin soit 13,3% de ces 30 patients,

- 3 patients connaissant leur médecin depuis plus de 25 ans disent avoir ressenti un désaccord avec leur médecin traitant soit 10,0% de ces 30 patients.

Nous avons recoupé les différents facteurs pris en compte dans cette étude, ce qui nous permet de faire ressortir 3 facteurs :

- le sexe féminin prédominant dans le ressenti d'un désaccord,

- un âge compris entre 25 et 60 ans,

- et une relation avec le médecin traitant inférieure à 5 ans.

Sur les 30 patients concernés, seuls 4 patients ne présentent aucun de ces critères, soit 13,3%. Pour comparaison sur l'ensemble des 325 patients, seuls 127 patients ne présentent pas ces critères soit 39,1%.

Afin de mieux interpréter ces résultats, nous avons inséré les pourcentages de tous les sous groupes totaux par rapport aux sous groupes de l'ensemble de la population étudiée, ce qui signifie que :

- les 18 patients ayant une ancienneté de relation avec leur médecin traitant de moins de 5 ans correspondent à 15,0% des 120 patients ayant une relation de moins de 5 ans,

- les 6 patients ayant une ancienneté de relation avec leur médecin traitant de 5 à 15 ans correspondent à 5,2% des 115 patients ayant une relation de 5 à 15 ans,

- les 3 patients ayant une ancienneté de relation avec leur médecin traitant de 15 à 25 ans correspondent à 7,5% des 40 patients ayant une relation de 15 à 25 ans,

- les 3 patients ayant une ancienneté de relation avec leur médecin traitant de plus de 25 ans correspondent à 6,5% des 46 patients ayant une relation de plus de 25 ans.

Nous avons fait la même chose pour les sous groupes liés au sexe et à l'âge. Nous avons reporté ces résultats dans le tableau ci-dessous :

Désaccord envers le médecin traitant

	Relation depuis moins de 5 ans	Relation depuis 5 à 15 ans	Relation depuis 15 à 25 ans	Relation depuis plus de 25 ans	Total
Hommes entre 16 et 25 ans	0	0	0	0	0 (0%)
Hommes entre 25 et 60 ans	3	0	2	1	6 (8,8%)
Hommes de plus de 60 ans	1	0	0	1	2 (4,7%)
Femmes entre 16 et 25 ans	2	0	0	0	2 (9,1%)
Femmes entre 25 et 60 ans	9 (15,5%)	6	1	1	17 (12,5%)
Femmes de plus de 60 ans	3	0	0	0	3 (6,7%)
Total	18 (15%)	6 (5,2%)	3 (7,5%)	3 (6,5%)	30 (9,2%)

IV.3.2. Désaccord vis à vis d'un autre médecin généraliste

Sur les 325 patients de l'étude, 110 patients rapportent avoir déjà éprouvé un désaccord avec un autre médecin généraliste (par exemple un médecin généraliste vu en urgence, sur le lieu de vacances, un médecin remplaçant ou encore un interne), 210 patients disent n'avoir jamais éprouvé de désaccord et 5 patients n'ont pas répondu.

Nous nous sommes donc intéressés à ces 110 patients composés de 80 femmes soit 72,7% de ces patients et de 30 hommes soit 27,3%.

De plus, parmi ces 110 patients qui évoquent spontanément avoir déjà éprouvé un désaccord vis à vis d'un autre médecin généraliste :

- 78 patients ont entre 25 et 60 ans soit 70,9% de ces 110 patients,
- 19 patients ont plus de 60 ans soit 17,3% de ces 110 patients,
- 13 patients ont entre 16 et 25 ans soit 11,8% de ces 110 patients.

Nous remarquons également que l'ancienneté de la relation a une importance dans le ressenti du désaccord avec un autre médecin généraliste car :

- 53 patients connaissant leur médecin traitant depuis moins de 5 ans disent avoir ressenti un désaccord soit 48,2% de ces 110 patients,
- 35 patients connaissant leur médecin depuis 5 à 15 ans ont répondu avoir éprouvé un désaccord soit 31,8% de ces 110 patients,
- 13 patients connaissant leur médecin depuis 15 à 25 ans ont répondu avoir éprouvé un désaccord soit 11,8% de ces 110 patients,
- 9 patients connaissant leur médecin depuis plus de 25 ans disent avoir ressenti un désaccord soit 8,2% de ces 110 patients.

Nous avons recoupé les différents facteurs pris en compte dans cette étude ce qui nous permet de faire ressortir à nouveau 3 facteurs, notamment le sexe féminin associé à un âge compris entre 25 et 60 ans et une relation avec le médecin traitant inférieure à 5 ans. Sur les 110 patients concernés, seuls 27 patients ne présentent aucun de ces critères soit 24,5%. Pour rappel, sur l'ensemble des 325 patients, seuls 127 patients ne présentent pas ces critères soit 39,1%.

Afin de mieux interpréter ces résultats, nous avons inséré les pourcentages de tous les sous groupes totaux entre parenthèses par rapport aux sous groupes de l'ensemble de la population étudiée, ce qui signifie que :

Désaccord envers un autre médecin généraliste

	Relation depuis moins de 5 ans	Relation depuis 5 à 15 ans	Relation depuis 15 à 25 ans	Relation depuis plus de 25 ans	Total
Hommes entre 16 et 25 ans	0	2	0	0	2 (18,2%)
Hommes entre 25 et 60 ans	12	5	0	2	19 (27,9%)
Hommes de plus de 60 ans	2	4	0	3	9 (20,9%)
Femmes entre 16 et 25 ans	4	4	3	0	11 (50%)
Femmes entre 25 et 60 ans	29 (50,0%)	19	8	3	59 (43,4%)
Femmes de plus de 60 ans	6	1	2	1	10 (22,2%)
Total	53 (44,2%)	35 (30,4%)	13 (32,5%)	9 (19,6%)	110 (33,8%)

IV.3.3. Désaccord vis à vis d'un médecin spécialiste

Sur les 325 patients de l'étude, 76 patients rapportent avoir déjà éprouvé un désaccord à l'encontre d'un médecin spécialiste, 241 patients disent n'avoir jamais éprouvé de désaccord et 8 patients n'ont pas répondu.

Nous nous sommes donc intéressés à ces 76 patients composés de 58 femmes soit 76,3% de ces patients et de 18 hommes soit 23,7%.

De plus, parmi ces 76 patients qui évoquent spontanément avoir déjà éprouvé un désaccord vis à vis d'un médecin spécialiste :

- 56 patients ont entre 25 et 60 ans soit 73,7% de ces 76 patients,
- 13 patients ont plus de 60 ans soit 17,1% de ces 76 patients,
- 7 patients ont entre 16 et 25 ans soit 9,2% de ces 76 patients.

Nous remarquons également que l'ancienneté de la relation perd de son importance dans le ressenti du désaccord avec un spécialiste car :

- 28 patients connaissant leur médecin traitant depuis moins de 5 ans disent avoir ressenti un désaccord soit 36,8% de ces 76 patients,
- 25 patients connaissant leur médecin depuis 5 à 15 ans ont répondu avoir éprouvé un désaccord soit 32,9% de ces 76 patients,
- 11 patients connaissant leur médecin depuis 15 à 25 ans ont répondu avoir éprouvé un désaccord soit 14,5% de ces 76 patients,
- 12 patients connaissant leur médecin depuis plus de 25 ans disent avoir ressenti un désaccord soit 15,8% de ces 76 patients.

L'étude des différents facteurs pris en compte nous permet de faire ressortir surtout 2 facteurs, notamment le sexe féminin associé à un âge compris entre 16 et 60 ans. Par contre l'ancienneté de la relation avec le médecin ne semble plus être un facteur intéressant.

Sur les 76 patients concernés, seuls 24 patients ne présentent aucun de ces 2 critères soit 31,7%. Pour comparaison sur l'ensemble des 325 patients, seuls 167 patients ne présentent pas ces 2 critères soit 51,4%.

Afin de mieux interpréter ces résultats, nous avons inséré les pourcentages de tous les sous groupes totaux entre parenthèses par rapport aux sous groupes de l'ensemble de la population étudiée, ce qui signifie que :

Désaccord envers un médecin spécialiste

	Relation depuis moins de 5 ans	Relation depuis 5 à 15 ans	Relation depuis 15 à 25 ans	Relation depuis plus de 25 ans	Total
Hommes entre 16 et 25 ans	0	1	0	0	1 (9,1%)
Hommes entre 25 et 60 ans	7	0	1	2	10 (14,7%)
Hommes de plus de 60 ans	1	5	1	0	7 (16,3%)
Femmes entre 16 et 25 ans	2	2	2	0	6 (27,3%)
Femmes entre 25 et 60 ans	15	16	8	7	46 (33,8%)
Femmes de plus de 60 ans	3	1	0	2	6 (13,3%)
Total	28 (23,3%)	25 (21,7%)	11 (27,5%)	12 (26,1%)	76 (23,4%)

IV.4. Les causes de désaccord vis à vis du médecin traitant

IV.4.1. Principales causes de désaccord

Nous pouvons déjà rapporter une chose intéressante c'est que dans cette partie du questionnaire où des désaccords potentiels sont présentés aux patients afin de mieux cibler les causes de désaccord, nous remarquons qu'il y a bien plus de 30 patients qui rapportent avoir déjà éprouvé au moins l'un des désaccords présentés.

En effet, seul 159 patients soit 48,9% des patients interrogés disent n'avoir jamais rencontré de désaccord à l'encontre du médecin traitant. Cela signifie également qu'il y a donc 166 patients qui répondent avoir déjà éprouvé au moins 1 désaccord parmi les différentes causes proposées.

Sur les 166 patients exprimant au moins 1 désaccord :

- 3 patients évoquent un désaccord lié à l'agencement de la salle d'attente ou du bureau médical soit 1,8% de ces 166 patients,

- 9 patients évoquent un désaccord lié à l'organisation du secrétariat médical soit 5,4% de ces 166 patients,

- 77 patients évoquent un désaccord lié aux délais d'attente pour un RDV soit 46,4% de ces 166 patients,

- 19 patients évoquent un désaccord lié aux durées des consultations soit 11,4% de ces 166 patients,

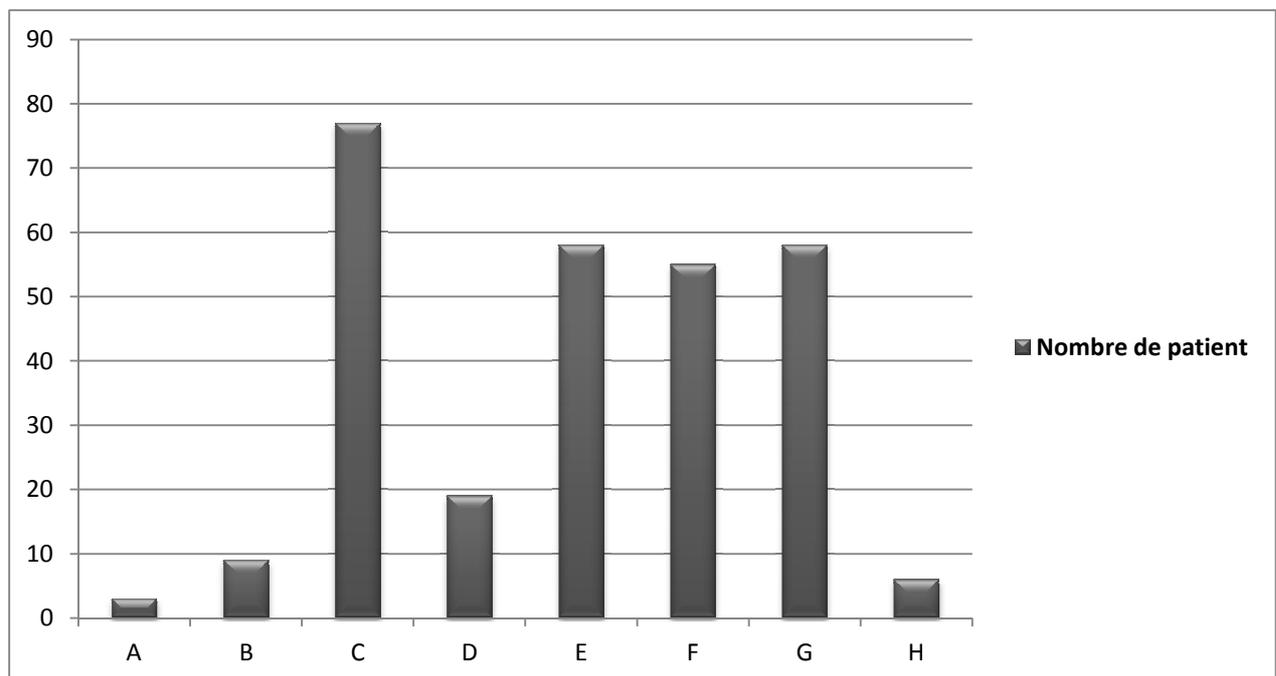
- 58 patients évoquent un désaccord lié au comportement du médecin soit 35,0% de ces 166 patients,

- 55 patients évoquent un désaccord lié au diagnostic et/ou au délai de diagnostic soit 33,1% de ces 166 patients,

- 58 patients évoquent un désaccord lié aux prescriptions médicales soit 35,0% de ces 166 patients,

- 6 patients évoquent un désaccord lié à la durée d'un arrêt de travail soit 3,6% de ces 166 patients.

Désaccord vis à vis du médecin traitant



Légende :

-A : Désaccord sur l'agencement de la salle d'attente ou du bureau médical

-B : Désaccord sur l'organisation du secrétariat médical

-C : Désaccord sur les délais d'attente pour un RDV

-D : Désaccord sur la durée des consultations

-E : Désaccord sur le comportement du médecin

-F : Désaccord sur le diagnostic ou sur le délai de diagnostic

-G : Désaccord sur les prescriptions médicales (traitements, examens complémentaires, bons de transport)

-H : Désaccord sur la durée d'un arrêt de travail

Comme précédemment, nous avons recoupé les différents facteurs pris en compte dans cette étude ce qui nous permet de faire ressortir à nouveau 3 facteurs, notamment le sexe féminin associé à un âge compris entre 25 et 60 ans et une relation avec le médecin traitant inférieure à 5 ans.

Sur les 166 patients concernés, seuls 53 patients ne présentent aucun de ces critères soit 31,9%. Pour rappel, sur l'ensemble des 325 patients, seuls 127 patients ne présentent pas ces critères soit 39,1%.

Profil des patients exprimant au moins 1 cause de désaccord

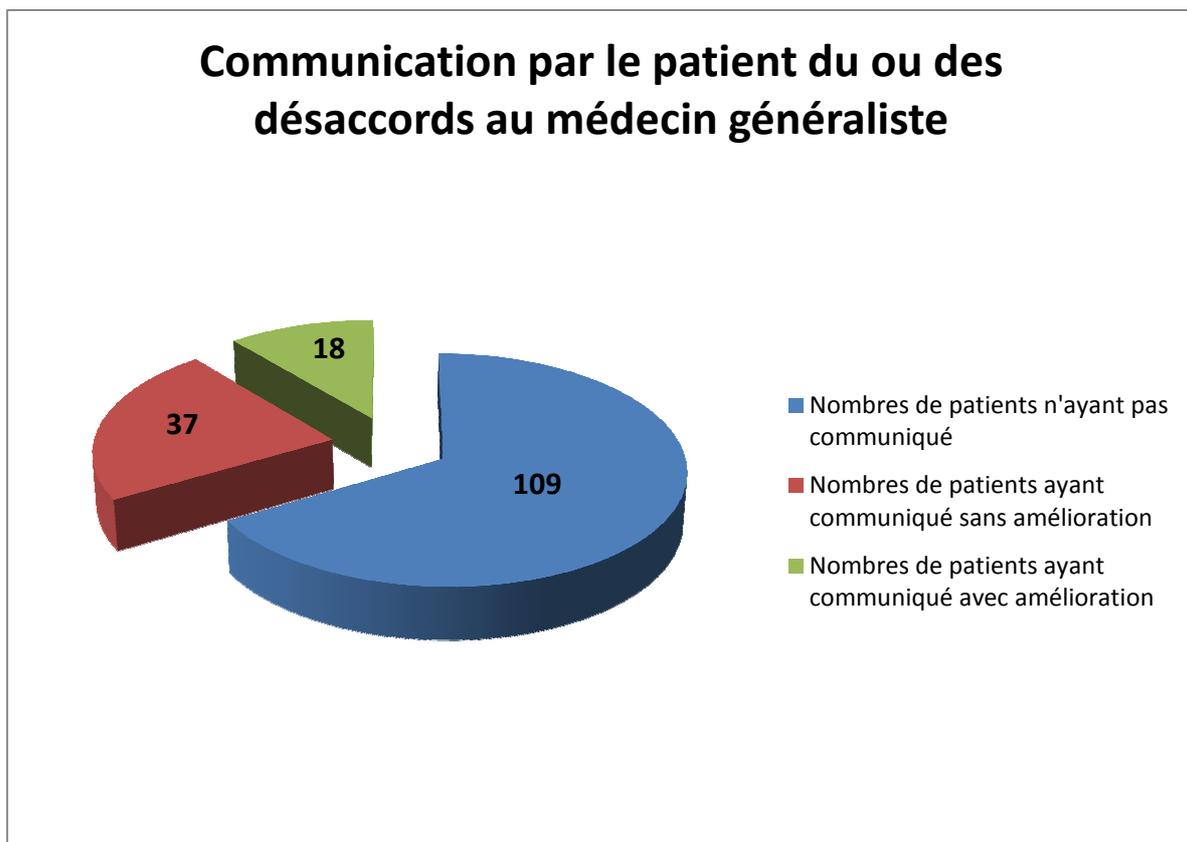
	Relation depuis moins de 5 ans	Relation depuis 5 à 15 ans	Relation depuis 15 à 25 ans	Relation depuis plus de 25 ans	Total
Hommes entre 16 et 25 ans	2	2	1	0	5 (45,5%)
Hommes entre 25 et 60 ans	14	11	3	5	33 (48,5%)
Hommes de plus de 60 ans	4	4	2	7	17 (39,5%)
Femmes entre 16 et 25 ans	5	5	3	0	13 (59,1%)
Femmes entre 25 et 60 ans	36 (62,1%)	30	11	4	81 (59,6%)
Femmes de plus de 60 ans	7	4	1	5	17 (36,2%)
Total	68 (56,7%)	56 (48,7%)	21 (52,5%)	21 (45,7%)	166 (51,1%)

IV.4.2. De la communication du désaccord avec le médecin traitant

Sur les 166 patients ayant évoqué au moins une cause de désaccord, 57 patients rapportent avoir discuté du ou des désaccords en cause ce qui correspond à 34,3% des patients concernés, donc 65,7% n'en ont pas parlé avec leur médecin traitant.

Sur ces 57 patients qui ont communiqué au sujet du désaccord, 18 patients jugent que cela a permis d'améliorer la relation avec leur médecin traitant. Les 37 patients restants disent que cela n'a pas modifié leur relation avec leur médecin traitant.

Au final seul 10,8% des 166 patients ont constaté une amélioration du désaccord après avoir communiqué le désaccord avec le médecin traitant.



IV.5. Du désaccord au changement de médecin traitant

Sur les 325 patients interrogés dans le cadre de cette étude, 59 patients rapportent qu'un désaccord au moins a déjà conduit à changer de médecin traitant ce qui représente 18,1% des patients interrogés. Quand nous interrogeons les patients sur le ou les désaccords responsables il ressort que sur les 59 patients qui ont changé de médecin :

- 3 patients mettent en cause un désaccord concernant les délais d'attente pour un RDV soit 5,1% de ces 59 patients,

- 4 patients mettent en cause un désaccord sur la durée des consultations soit 6,8% de ces 59 patients,

- 14 patients mettent en cause un désaccord lié au comportement du médecin traitant soit 23,7% de ces 59 patients,

- 22 patients mettent en cause un désaccord lié au diagnostic et/ou au délai de diagnostic soit 37,3% de ces 59 patients,

- 13 patients mettent en cause un désaccord concernant les prescriptions médicales soit 22,0% de ces 59 patients,

- 8 patients mettent en cause un désaccord lié au suivi médical soit 13,6% de ces 59 patients, dont 1 patient rapporte que c'est lié " *aux absences répétées de son médecin traitant trop souvent remplacé* ",

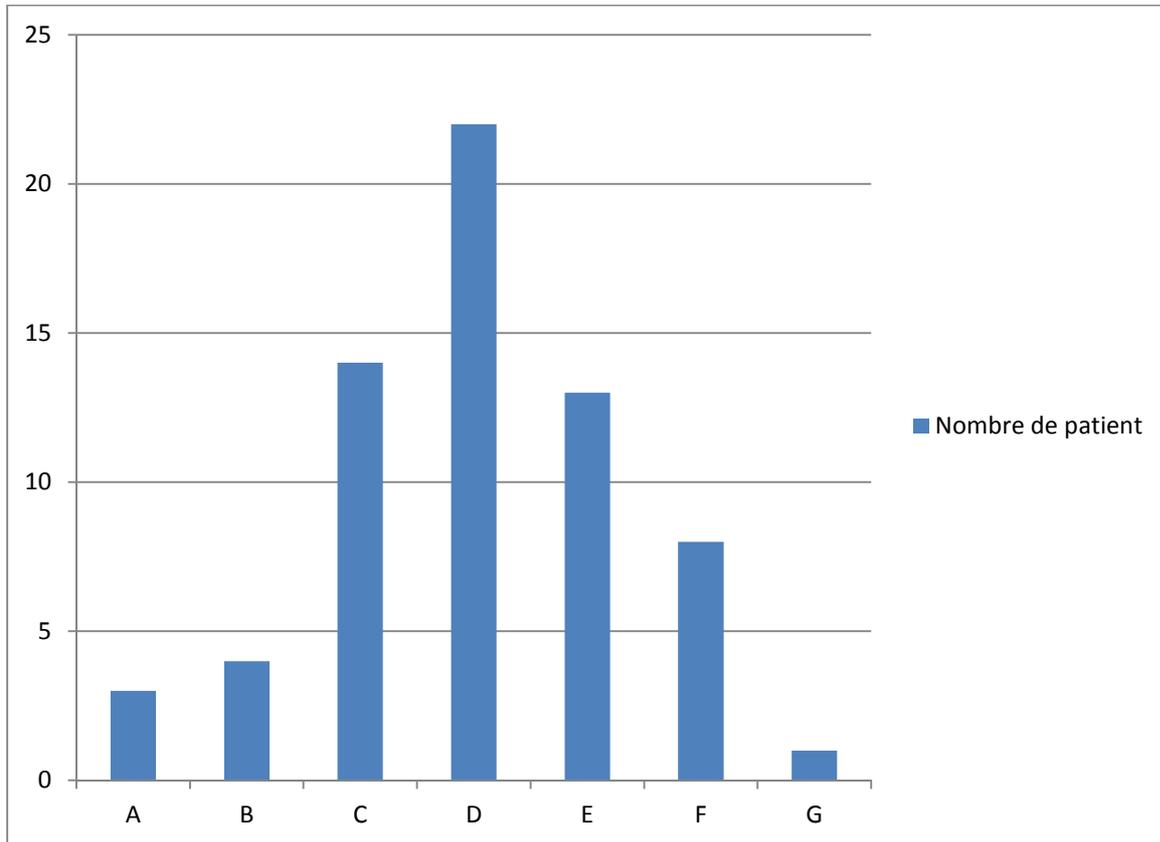
- 1 patient met en cause le fait que le médecin traitant n'était pas conventionné soit 1,7% de ces 59 patients,

- 8 patients n'ont pas répondu soit 13,6% de ces 59 patients,

Il apparaît ainsi un désaccord qui est prédominant lors du changement de médecin traitant c'est celui concernant un désaccord lié au diagnostic et/ou au délai de diagnostic.

Nous retrouvons 2 autres causes de désaccord importantes notamment ceux liés au comportement du médecin ainsi qu'aux prescriptions médicales

Désaccords mis en cause lors du changement de médecin généraliste



Légende :

-A : Désaccord sur les délais d'attente pour un RDV

-B : Désaccord sur la durée des consultations

-C : Désaccord sur le comportement du médecin

-D : Désaccord sur le diagnostic ou sur le délai de diagnostic

-E : Désaccord sur les prescriptions médicales (traitements, examens complémentaires, bons de transport)

-F : Désaccord sur le suivi médical

-G : Désaccord sur la convention du médecin généraliste

IV.6. Du Désaccord au règlement judiciaire

IV.6.1. Causes de désaccord ayant fait envisagées un règlement judiciaire par les patients

Sur les 325 patients interrogés, 23 patients disent avoir déjà envisagé de porter plainte pour eux ou pour un de leur proche à l'encontre d'un médecin ce qui représente 7,1% des patients de l'étude.

Parmi ces 23 patients :

- 8 patients ont clairement signifié avoir déjà envisagé une procédure judiciaire à l'encontre d'un médecin spécialiste,
- 2 patients ont clairement signifié avoir déjà envisagé une procédure judiciaire à l'encontre d'un médecin généraliste,
- les autres n'ont pas identifié de médecin en particulier.

Parmi ces 23 patients, 15 d'entre eux ont mis en avant une cause de désaccord ayant motivé leur désir de procédure judiciaire, nous retrouvons :

- 3 patients évoquant un désaccord lié au comportement du médecin,
- 8 patients évoquant un désaccord lié au diagnostic et/ou au délai de diagnostic,
- 4 patients évoquant un désaccord lié à des prescriptions médicales notamment suite à des traitements.

A noter que dans ce paragraphe, nous parlons bien de désaccord puisque nous n'avons que l'appréciation du patient, c'est pourquoi nous ne parlons ni de faute ni d'erreur médicale.

IV.6.2. De la communication de ce profond désaccord avec le médecin concerné

Sur les 23 patients ayant déjà envisagé de porter plainte à l'encontre d'un médecin :

- 17 patients ont répondu avoir discuté du désaccord avec le médecin concerné, soit 73,9% de ces 23 patients,
- 5 patients ont répondu n'avoir pas discuté du désaccord avec le médecin concerné, soit 21,7% de ces 23 patients,
- 1 patient n'a pas répondu soit 4,4% de ces 23 patients.

Parmi les 17 patients ayant discuté du désaccord avec le médecin concerné ce qui en ressort principalement :

- 3 patients rapportent qu'au décours de la discussion " *le médecin concerné a reconnu ses torts, s'est excusé et a fourni des explications au patients* ". Cela a été perçu favorablement par les patients,
- 7 patients rapportent qu'aucune discussion n'était possible par le fait que " *le médecin ne s'est pas excusé et n'a pas reconnu son erreur* ". Cela a été perçu comme un échec par les patients,
- 5 patients rapportent que " *le médecin concerné s'est montré hostile à toute discussion. Le médecin a été perçu comme condescendant, insolent, voire agressif pour certains* ". Cela a bien entendu été perçu comme un échec par les patients,
- 2 patients n'ont pas répondu au sujet des aboutissants de la discussion.

Parmi les 5 patients n'ayant pas souhaité parler du désaccord avec le médecin concerné, les motifs sont les suivants :

- 2 patients ont pensé que " *cela n'aurait rien changé à la situation* ",
- 2 patients n'ont pas souhaité "*faire de vague*"
- 1 patient n'a pas eu la force d'affronter le médecin en face à face et a donc écrit un courrier qui est resté sans réponse.

IV.6.3. Profils des patients ayant envisagées un règlement judiciaire du désaccord

Sur les 23 patients nous constatons qu'il y a 16 femmes pour 7 hommes soit respectivement 69,6% de femmes pour 30,4% d'hommes.

En ce qui concerne les tranches d'âge, nous retrouvons :

- 2 patients de 16 à 25 ans soit 8,7% des 23 patients,
- 17 patients de 25 à 60 ans soit 73,9% des 23 patients,
- 4 patients de plus de 60 ans soit 17,4% des 23 patients.

Lorsque nous étudions chaque sous groupe séparément, il ne semble pas se dégager de profil particulier, ni de facteur spécifique. En effet, les proportions des patients de chaque sous groupe semblent homogènes par rapport de total des patients de leur sous groupe respectif.

Ceci est présenté dans le tableau ci dessous.

Profils des patients ayant envisagés un règlement judiciaire du désaccord

	Relation depuis moins de 5 ans	Relation depuis 5 à 15 ans	Relation depuis 15 à 25 ans	Relation depuis plus de 25 ans	Total
Hommes entre 16 et 25 ans	0	0	0	0	0 (0%)
Hommes entre 25 et 60 ans	1	3	1	0	5 (7,4%)
Hommes de plus de 60 ans	0	1	0	1	2 (4,7%)
Femmes entre 16 et 25 ans	0	1	1	0	2 (9,1%)
Femmes entre 25 et 60 ans	6	5	1	0	12 (8,8%)
Femmes de plus de 60 ans	1	0	0	1	2 (4,4%)
Total	9 (7,5%)	10 (8,7%)	3 (7,5%)	2 (4,3%)	23 (7,1%)

IV.7. A propos du feedback de l'enquête

A propos de l'enquête, en fin de questionnaire, il est demandé aux patients interrogés si celui-ci leur a fait prendre conscience de certaines choses.

Sur les 325 patients qui ont participé à l'enquête :

- 60 patients ont répondu par l'affirmative
- 230 patients ont répondu par la négative
- 35 patients n'ont pas répondu

Pour les 60 patients qui disent avoir eu une prise de conscience ce qui ressort c'est :

- pour 18 patients, " *la nécessité d'avoir plus de discussion avec le médecin traitant* "
- pour 12 patients, " *l'importance d'avoir une bonne entente et une relation de confiance avec le médecin traitant* "
- pour 10 patients, " *le droit d'être en désaccord avec le médecin traitant car celui-ci ne sait pas forcément tout* "
- pour 6 patients, " *l'importance de mieux prendre en considération le patient* "
- pour 1 patient, " *l'importance des difficultés relationnels qui s'accroissent* "
- pour 1 patient, " *le choix de garder pour soi les désaccords* "
- 12 patients n'ont pas répondu

Nous avons également demandé aux patients si ce questionnaire modifierait leur rapport avec leur médecin traitant :

- 11 patients ont répondu par l'affirmative
- 282 patients ont répondu par la négative
- 32 patients n'ont pas répondu

Pour les 11 patients ce que cela changera dans leur relation est rapporté ci dessous :

- 2 patients parlent de "*plus de clarté dans leur rapport avec le médecin traitant* "
- 3 patients parlent "*d'avoir plus de dialogue pour arriver à un accord commun* "
- 3 patients parlent "*de prendre plus confiance pour discuter des désaccords* "
- 1 patient parle "*de discuter davantage des désaccord avant de changer de médecin*"
- 2 patients n'ont pas répondu.

V. Discussion

V.1. Discussion sur la méthode

V.1.1. Le choix d'un questionnaire

Notre question de recherche nous a orientée préférentiellement vers une étude quantitative descriptive. Un des cabinets ayant reçu les questionnaires, nous a demandé s'il ne serait pas plus pertinent de réaliser une étude qualitative par le biais d'entretiens individualisés. Sur le fond, nous pensons que cela aurait été l'idéal, cependant après réflexion, il nous est apparu que cela semblait difficilement réalisable. En effet, plusieurs difficultés à la mise en œuvre d'une telle étude ont été prises en compte :

- l'organisation des rencontres avec les patients,
- la sélection des patients,
- le lieu de la réalisation de ces entretiens,
- la supposée difficulté d'avoir des patients motivés à la réalisation d'entretiens chronophages.

C'est pour ces raisons que nous avons opté pour la réalisation d'un questionnaire qui nous semblait plus facile à réaliser. Nous espérons obtenir plus de réponses et ainsi avoir une meilleure vue d'ensemble. Nous étions aussi nettement moins intrusifs dans la relation médecin - patient du fait de notre absence lors des réponses aux questionnaires.

A l'intérieur du questionnaire même certaines questions ou choix de réponses ont pu être mal comprises. Nous allons tenter de justifier nos choix.

Pour la réalisation du questionnaire, nous avons choisi de représenter 3 tranches d'âge pour la population étudiée. La première tranche d'âge de 16 à 25 ans correspond à une population jeune qui n'est pas forcément encore entrée dans la vie active, ou depuis peu. Nous ne nous sommes pas intéressés aux patients de moins de 16 ans puisque le choix de médecin traitant déclaré doit être effectué à l'âge de 16 ans. La deuxième tranche d'âge

comprise entre 25 et 60 ans correspond à notre sens à la population active. Et la troisième tranche d'âge correspond à la population qui, pour la plupart, est en retraite.

Nous avons conscience que ce découpage peut sembler arbitraire, mais cela semble assez proche de la réalité et simplifie les choses.

Nous avons aussi fait le choix d'intégrer une autre variable liée à l'ancienneté de la relation avec le médecin traitant. Nous souhaitions voir si une ancienneté récente de la relation médecin - patient influait sur les désaccords. Cependant avec le recul des réponses, nous pensons que nous aurions pu nous passer de mettre 4 choix possibles. En effet nous n'aurions dû mettre que 3 choix : moins de 5 ans d'ancienneté, entre 5 et 15 ans d'ancienneté et plus de 15 ans d'ancienneté, cela aurait été plus pertinent. Nous aurions eu alors 3 grands groupes liés à l'ancienneté de la relation médecin - patient plus homogènes, avec :

- 120 patients pour le groupe de moins de 5 ans soit 36,9% des 325 patients,
- 115 patients pour le groupe de 5 à 15 ans soit 35,4% des 325 patients,
- 86 patients pour le groupe de plus de 15 ans soit 26,5% des 325 patients.

Après avoir réalisé ce travail d'étude, nous pensons qu'il aurait pu être intéressant d'étudier un autre facteur attaché aux patients, celui de leur catégorie socioprofessionnelle. Nous croyons que cela nous aurait apporté d'autres renseignements intéressants.

V.1.2. Le choix de la réalisation de l'étude

Nous nous sommes rendu compte que la réalisation de l'étude a été plus compliquée que prévue. En effet, en envoyant les 4000 questionnaires, nous attendions un retour de la moitié, malheureusement seuls 325 questionnaires nous sont revenus, diminuant par la même occasion la puissance de l'étude.

A ce propos, 5 cabinets médicaux nous ont fait savoir qu'ils ne souhaitaient pas participer à l'étude. De leur propre avis, il aurait été préférable de réaliser cette étude en distribuant les questionnaires aux patients de l'hôpital afin d'avoir une facilité de réponse et de ne pas mettre les médecins généralistes en porte à faux. Nous pensons que ceci aurait biaisé les résultats. Les patients auraient probablement eu une mauvaise perception entraînant une confusion dans leurs réponses. Car ce questionnaire concerne principalement la relation médecin - patient dans cadre de médecine générale. C'est pourquoi il nous semble plus pertinent de distribuer ce questionnaire aux patients des cabinets médicaux, puisque c'est avant tout cette population qui nous intéressait.

Une autre réflexion a été effectuée. En effet, au lieu de faire distribuer les questionnaires au sein des cabinets médicaux, nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible de réaliser l'étude en téléphonant aux patients.

Mais plusieurs problèmes nous sont apparus, notamment le coût d'une telle étude à faire réaliser par un centre d'appel. De plus, nous savons que bien souvent les personnes appelées ne souhaitent pas participer à ce genre de questionnaire téléphonique, jugé comme trop intrusif. Mais le problème principal réside dans le respect du secret médical et l'anonymisation des données, qui nous paraissait très compliqué à assurer. En effet, le standardiste qui aurait passé l'appel aurait eu connaissance de l'identité du patient, voire d'autres informations liées au secret médical.

V.1.3. La méthode de recueil des données

La méthode de réalisation de l'étude peut être critiquée. En effet, le peu de réponses reçues nous laisse penser que les tenants et les aboutissants de l'étude ont pu être mal perçus par les médecins généralistes. Les médecins n'ayant pas souhaité participer à l'étude l'ont probablement fait par crainte d'un jugement subjectif, voire négatif de la part de leurs patients. Certains courriers de médecins généralistes l'ont été dans ce sens, évoquant la peur d'éveiller la suspicion chez leurs patients.

Nous pensons que notre courrier accompagnant les questionnaires n'a donc pas suffisamment expliqué le but de l'étude. Nous aurions dû appeler chacun des cabinets médicaux choisis pour l'étude, afin de mieux développer le but de l'étude.

Un autre souci nous est apparu après réalisation de l'étude. Il y a potentiellement un manque de clarté concernant l'attribution des questionnaires. Pourtant, nous avons laissé le choix aux médecins généralistes de le distribuer eux-mêmes à tous patients de plus de 16 ans, ou de le faire distribuer par leur secrétariat. Nous nous rendons compte, qu'avec ce mode de distribution, cela peut conduire à un biais de sélection, qu'il soit conscient ou non, en préférant donner le questionnaire à des patients choisis par le médecin, ou par la secrétaire.

L'autre problème est le fait que le médecin généraliste qui distribue le questionnaire a pu fausser le jugement des patients, même s'il était précisé que ce questionnaire ne devait pas être rempli en présence du médecin traitant, afin de respecter l'anonymat du patient. C'est pourquoi ces questionnaires, une fois remplis, devaient être déposés dans une enveloppe ou une boîte, afin que le médecin ou la secrétaire ne puissent voir les réponses des patients.

Pour cette étude nous avons fixé un délai imparti pour la distribution et la récolte des questionnaires. Nous pensions que l'attribution de 40 questionnaires en l'espace d'une semaine nous semblait raisonnable. Ce délai d'une semaine fut instauré afin de ne pas prolonger la récolte des questionnaires de manière trop étalée dans le temps, mais aussi afin de ne pas trop prendre sur le temps de travail du médecin participant à l'étude. Avec le recul nous aurions peut-être dû laisser un délai plus long.

Au niveau de la réception des questionnaires, nous avons passé au crible chacune des réponses que nous avons intégrées dans un tableau Excel, puis nous avons pris le soin d'anonymiser les données pour les questionnaires mettant soit un nom de médecin, d'hôpital, de ville.

V.2. Discussion des résultats

V.2.1. Limites de l'étude

Dans cette étude, nous retrouvons plusieurs limites. Notamment celle de l'effectif, qui peut être jugé trop petit. Nous espérions avant de débiter l'étude d'obtenir environ 2000 questionnaires. Du fait des 325 questionnaires reçus, soit à peine 16,3% de ce que nous attendions, nous pensons que cette étude perd de sa puissance.

De plus comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe un biais de sélection, car même si les cabinets médicaux ont été choisis au hasard par tirage au sort, les cabinets médicaux ainsi sélectionnés pouvaient choisir de distribuer les questionnaires aux patients ou non.

L'utilisation d'un questionnaire avec des questions fermées et semi-ouvertes constitue un biais dans le recueil d'information auprès des patients.

En outre, même si nous avons testé ce questionnaire sur un focus group, nous aurions dû le tester auprès de plusieurs médecins généralistes. Nous aurions ainsi pu récupérer leurs ressentis sur ce questionnaire, et entendre leurs critiques afin d'en améliorer la clarté et la lisibilité auprès des médecins, ainsi qu'auprès des patients.

Nous nous rendons compte, par exemple, que pour la partie III du questionnaire relatif aux causes de désaccord, nous aurions dû faire intervenir les questions 10 et 11 avant les questions 8 et 9. Pour la question 9, nous aurions dû faire préciser quel désaccord était responsable d'un changement de médecin traitant.

La partie IV du questionnaire a pu induire une confusion, voire à un problème de compréhension auprès des patients. En effet la partie III du questionnaire concernait exclusivement les médecins traitants, alors que la partie IV du questionnaire concernait tous les médecins.

Bien que laissant un espace d'expression libre sur certaines questions, le questionnaire était "verrouillé" et non exhaustif. Ceci a pu contribuer à une diminution de la richesse des réponses.

Ces imperfections auraient pu être limitées par une évaluation préliminaire du questionnaire auprès d'un focus group de médecins généralistes. Avant d'envoyer les courriers contenant les questionnaires, il aurait fallu téléphoner à chaque cabinet médical afin d'apporter plus de clarté à l'étude, et par la même occasion, une meilleure participation à cette étude.

Un dernier biais dans la sélection tient au fait que les patients ne sachant ni lire, ni écrire, ne pouvaient participer à l'étude.

V.2.2. Des facteurs de risque?

Sur le plan démographique, une majorité des patients présentés étaient des femmes dans notre étude, à 62,5%. Ceci reflète assez bien la réalité puisque les femmes représentent 55 à 63% des consultations en médecine générale (30)(39). Lorsque nous nous intéressons à la littérature sur le patient difficile, défini par les médecins comme des patients source de conflit, une majorité de patient semble être des femmes (40). Cela s'explique par le fait qu'il y a plus de femmes qui consultent un médecin traitant. Recevoir une femme plutôt qu'un homme en consultation ne représente donc pas nécessairement un facteur de risque de conflit.

Par contre, ce qui est mis en évidence dans l'étude, c'est que les femmes expriment majoritairement plus de désaccords envers les médecins, en général. Rappelons qu'un désaccord n'est pas forcément quelque chose de négatif, mais peut à l'inverse être constructif pour la relation. En effet, au cours de notre étude, il ressort qu'une proportion plus importante de femmes rapportent des désaccords à l'encontre des médecins.

De même, la proportion la plus importante retrouvée concerne les 25-60 ans. Or c'est la tranche d'âge qui consulte le plus les médecins généralistes (30). Cette tranche de population correspond pour la plupart à la majorité de la population active. C'est dans cette

tranche d'âge que nous retrouvons dans notre étude l'expression la plus importante de désaccords à l'encontre des médecins.

De manière assez logique, ce qui ressort aussi c'est que l'ancienneté de la relation vis à vis de son médecin traitant influe sur l'expression de désaccords à l'encontre des médecins généralistes, que ce soit le médecin traitant / le médecin remplaçant, ou bien encore un médecin vu dans le cadre de l'urgence. Par contre, comme attendu l'ancienneté de la relation avec le médecin traitant n'a pas d'influence sur le désaccord éventuel envers un médecin spécialiste.

V.2.3. Du désaccord exprimé à l'encontre des médecins

Comme nous nous y attendions au début de l'enquête, le médecin traitant semble conserver une part de confiance plus importante que les autres médecins. En y réfléchissant de plus près, cela est dû à la proximité du médecin traitant avec ses patients. En effet, le médecin traitant a pour vocation de suivre le patient, et donc de le connaître de manière plus approfondie. Certaines relations durent depuis plus de 15 ans, si le patient reste aussi longtemps, c'est parce qu'il se sent en confiance avec son médecin traitant.

L'étude des 325 patients retrouve que, spontanément, si nous interrogeons les patients sur l'éventualité d'un désaccord à l'encontre de leur médecin traitant sans en préciser la cause, seuls 9,2% des patients interrogés répondent par l'affirmative. Alors que dans le même temps, 33,8% des patients disent avoir déjà éprouvé un désaccord envers un autre médecin généraliste que leur médecin traitant, et 23,4% des patients rapportent s'être déjà trouvé en désaccord vis à vis d'un médecin spécialiste.

Par contre, ce qui est intéressant dans cette étude, c'est que lorsque nous proposons plusieurs causes de désaccords possibles envers le médecin traitant dans la partie II du questionnaire, nous retrouvons un pourcentage de 51,1% des patients interrogés qui expriment avoir éprouvé au moins un désaccord parmi ceux proposés. Cela est probablement dû au fait que les patients jugent ces désaccords comme mineurs. Le désaccord qui revient le plus souvent est celui lié aux délais de RDV.

D'ailleurs, nos résultats sur les reproches des patients concordent avec des travaux sur les motifs de rupture des patients, de plaintes, d'agressions de médecins, et sur la qualité de relation médecin-patient.

Ils concernaient :

- le temps : le médecin doit être disponible (3)(16)(41), toujours joignable, et son retard en consultation ne devrait pas excéder 15 minutes (16). Disponibilité insuffisante et attente trop longue représentent 23 % des motifs de plainte judiciaire aux Etats Unis (42), et 10 % des motifs d'agressions en France (25). Dans notre étude, nous retrouvons que 23,7% des patients rapportent un désaccord sur les délais de RDV et 5,8% des patients se disent en désaccord sur la durée des consultations.

- le respect : si les patients insistent sur l'importance de l'écoute (16)(41)(43) et du respect, certains patients estiment en manquer (32)(42)(43). A noter que c'est le principal motif de plainte aux Etats Unis (36%) (42)(43). Dans notre étude nous retrouvons cette notion puisque 17,8% des patients interrogés évoquent avoir déjà ressenti un désaccord lié au comportement du médecin traitant.

- les compétences nécessaires (16)(41) : l'impression d'incompétence qui se traduit par des erreurs diagnostiques bien souvent est parfois l'objet de plaintes, d'agressions (25)(42) ou de rupture (32). Dans notre questionnaire cela se traduit par 16,7% des patients évoquant avoir déjà ressenti un désaccord lié au diagnostic ou au délai de diagnostic mettant en cause la compétence du médecin traitant.

- les thérapeutiques : sont également une cause de plainte (42) et de rupture (32). Les refus de prescription représentent 16% des motifs d'agression en France (25). Toujours dans notre étude cela se traduit par un résultat de 17,8% des patients interrogés qui disent avoir déjà été en désaccord avec leur médecin traitant suite à des prescriptions médicales.

A noter que les causes de désaccord sont bien souvent multiples et responsables d'insatisfactions (42).

Une observation directe systématique de 110 consultations de médecine générale en 2009 aurait retrouvé 15 situations de reproches, dont trois évoluant vers le conflit (30).

Dans notre étude 51,1% des patients interrogés disent avoir ressenti au moins une cause de désaccord vis à vis de leur médecin traitant. Même si ce chiffre de 51,1% peut sembler important, en est-il réellement étonnant? Nous ne le pensons pas, nous affirmons même que c'est le propre de toute relation en général, que ce soit au sein de la famille, avec ses collègues de travail, ou avec des inconnus. Nous ne pouvons être en accord permanent avec tout le monde, il est donc normal et sain de ne pas être d'accord. Ce qui nous importe est de savoir si ce désaccord est exprimé par le patient, afin que patient et médecin puissent faire converger leurs points de vue.

Malheureusement, notre étude semble montrer que cela n'est pas souvent le cas. En effet sur les 166 patients ayant répondu avoir éprouvé au moins un désaccord, seul un tiers (34,3%) de ces patients disent en avoir discuter avec leur médecin traitant. Sur l'ensemble de ces 166 patients, il y en a 18 qui avouent que la discussion a permis une amélioration de leur relation avec le médecin traitant, alors qu'ils étaient 57 à avoir communiqué au médecin traitant leur désaccord. Ce qui signifie qu'après communication, la relation médecin - patient ne s'est améliorée que pour un tiers d'entre eux (31,6%).

Nous pouvons dire deux choses :

- peu de patients communiquent leurs désaccords au médecin traitant, qui reste dans l'ignorance du désaccord,
- la communication ne semble pas améliorer suffisamment la divergence liée au désaccord.

En conclusion, le désaccord naît d'une divergence de point de vue, de ressent (22). Elle est due au fait que la relation médecin - patient est une relation spécifique, car forcément asymétrique (18). De plus, la relation médecin - patient fait intervenir d'autres intervenants que ce soit l'entourage familial, la collectivité, les médias (19). Ces intervenants complexifient la communication entre le médecin et le patient.

Ainsi médecin et patient ne seraient pas d'accord sur le rôle qui leur est attribué. Le médecin ne peut pas toujours guérir. Malgré son bon-vouloir, il n'obtient pas toujours des RDV et des examens spécialisés dans les délais souhaités. Il ne peut pas toujours donner satisfaction au

patient sur ses demandes de thérapeutiques, par exemple la non substitution de médicaments. Sa propre disponibilité est limitée par les demandes des autres patients.

Quant au patient, il n'est pas toujours d'accord pour changer son mode de vie, ou prendre un traitement dont il ne voit pas l'utilité ou dont il se méfie, comme pour les vaccins par exemple. Il ne comprend pas toujours les contraintes du médecin, et estime différemment les compétences de ce dernier.

V.2.4. Typologie des attitudes des patients face au désaccord

Au travers de notre étude nous avons essayé de dresser une typologie des attitudes des patients face au désaccord. Comme nous l'avons vu dans le chapitre II. Objectifs et hypothèses (II.1.4.c.), six attitudes différentes seraient possibles en cas de désaccord : l'agression, l'abandon, la fuite, la négociation, la médiation et la rupture.

Dans un article anglo-saxon, elles sont présentées sous le terme de : rivalité, évitement, accommodation et collaboration (44). Selon une étude quantitative américaine récente, les attitudes de fuite et d'abandon seraient les plus fréquentes. La négociation est utilisée plus par les administrateurs que les internes ou les médecins enseignants (45).

Chaque attitude présente des problématiques spécifiques que nous avons choisi de détailler ci-dessous. Du fait de leur nature théorique, la présentation est volontairement stéréotypée. Bien souvent, ces attitudes sont combinées et varient au cours du processus conflictuel. Nous pouvons noter que ces différentes attitudes peuvent aussi s'appliquer aux médecins.

V.2.4.a. L'agression

Nous entendons par « agression », le patient qui affirme sa position mais qui n'investit pas la relation. Il cherche à contrôler la situation, et imposer son pouvoir, par quelque manière que

ce soit (22)(44). Cela correspond au comportement agressif décrit par F. Fanget (46), à la rivalité selon Saltman (44).

On pourrait ajouter à la description de l'agression toutes les formes de violence : l'insulte, l'intimidation et la violence physique, dont certains patients abuseraient (25).

L'agression se manifeste par : l'élévation de la voix, le jugement, la culpabilisation, la demande impérative voire le recours à l'autorité qui peut constituer une forme d'attaque.

Dans le cadre de notre étude nous n'avons pas jugé opportun d'interroger les patients sur l'attitude de l'agression, car nous n'imaginions pas devoir demander aux patients s'ils avaient déjà agressé un médecin, ou si ils l'avaient envisagé. Nous trouvons cette attitude délicate à quantifier. De plus, nous doutons qu'un patient puisse révéler cette attitude dont nous ne pouvons nous enorgueillir en tant qu'être humain.

Ainsi, nous n'avons pas souhaité étudier cette typologie au cours de l'enquête, peut-être à tort, nous en convenons.

V.2.4.b. La fuite

Nous entendons par « fuite », le patient qui n'investit pas la relation, ni ne s'affirme. C'est un comportement d'évitement relationnel (44), à caractère défensif (37), et plutôt passif (46).

La fuite se manifeste par : une sorte de mutisme qui pourrait passer pour de la timidité, un désaccord peu voire non exprimé. Il n'y a pas de demande de la part du patient.

La fuite permet de ne pas subir les conséquences d'un affrontement direct (22). Mais l'absence de communication empêche le règlement du conflit (44). Le conflit devient latent en apparence (22). Toutefois si cette attitude se prolonge, elle peut être nocive pour le patient comme pour le médecin.

Le désinvestissement et le manque de communication peuvent aussi altérer la qualité des soins.

La fuite a été étudiée dans notre étude, et peut correspondre aux patients qui, après avoir évoqué au moins une cause de désaccord avec leur médecin traitant, ont décidé de ne pas

lui en faire part. Dans notre étude, 166 patients rapportent avoir éprouvé au moins une cause de désaccord avec leur médecin traitant, par contre seul 57 patient disent en avoir parlé avec le médecin traitant. La "fuite", à mon sens, correspond aux 109 patients qui n'ont pas souhaité faire part de leur désaccord probablement par peur de s'affirmer. Ces 109 patients représentent deux tiers des 166 patients (65,7%). Cette attitude qui offre des facilités semble être employée fréquemment par les patients.

V.2.4.c. L'abandon

Nous entendons par « abandon » le patient qui ne s'affirme pas, mais qui investit uniquement la relation. Le but est d'apaiser rapidement tout conflit ou désaccord. C'est un comportement d'évitement du conflit immédiat, plus que de la relation. C'est la même chose que « l'accommodation » décrite par Saltman (44).

Dans l'abandon, le patient est plutôt calme, il n'exprime pas son désaccord, il ne demande rien. Il reconnaît son entière responsabilité dans le conflit. Il accorde parfois des faveurs dans l'espoir d'améliorer la relation par exemple en offrant des présents au médecin traitant.

Sur un plan relationnel, la soumission fausse la relation avec le médecin (44). De plus cela évite de faire face aux problèmes rencontrés dans le cadre de cette relation, sous peine de les voir ressurgir plus tard.

Dans notre étude, nous avons pu mettre en avant cette attitude de soumission. Cela peut se voir grâce aux questions 4 et 7 du questionnaire de l'étude. En effet, à la question 4, nous demandons aux patients s'ils avaient déjà éprouvé un désaccord à l'encontre de leur médecin traitant, seuls 30 patients avaient répondu par l'affirmative, soit 9,2% des patients interrogés.

Alors qu'à la question 7, où nous fournissons des exemples de désaccords, nous avons 166 patients qui disent avoir déjà eu au moins une cause de désaccord, soit 51,1% des patients.

Donc nous pouvons dire, qu'avant la question 7, il y a 133 patients qui éprouvent un désaccord mais qui ne l'affirment pas, ce qui représente 40,9% des patients interrogés.

Tout comme la fuite, l'abandon semble être une attitude souvent utilisée par les patients en cas de désaccord avec leur médecin traitant.

V.2.4.d. La négociation

Nous entendons par "négociation" le fait d'investir la relation, en cherchant à comprendre l'autre, tout en valorisant son propre point de vue. C'est un comportement affirmé, dont le but est la satisfaction mutuelle (46). Le but premier est de rechercher la collaboration (44). Selon le modèle de Strauss, la position est dynamique, réévaluée en fonction des arguments de chacun (7).

La négociation se manifeste par : un ton calme, une expression claire et argumentée de son désaccord, une écoute active et empathique des deux protagonistes, une reconnaissance partielle des responsabilités, assorties d'une justification factuelle. La décision médicale est ainsi partagée, car les prescriptions sont réévaluées avec le patient et légitimées par le médecin (47). Le recours au spécialiste peut être l'issue de la négociation.

La négociation présente l'avantage d'être fondée sur le dialogue, elle facilite l'apaisement du conflit (22). Mais la négociation est chronophage, de plus, elle nécessite des compétences en communication et de l'énergie (44).

Il est vrai que la négociation peut sembler difficile sur l'instant, mais c'est ce vers quoi il faut tendre, car elle permet d'aller vers le bien des deux parties : patients et médecins.

Il faut cependant avouer que parfois l'accord est parfois impossible (22)(44).

Dans notre enquête, nous avons tenté de mettre en évidence cette négociation qui passe par le biais de la communication. Cela correspond aux questions 10 et 14 de notre questionnaire. Les résultats retrouvent que seulement un tiers des patients confrontés à un désaccord ont discuté du problème avec leur médecin traitant. Parmi eux, seuls un tiers ont

abouti à l'amélioration de leur relation avec leur généraliste. Ce qui montre que cette attitude n'est pas utilisée de manière préférentielle par les patients afin de résoudre les désaccords.

Par contre, lorsque le désaccord est plus profond, au point d'envisager une plainte judiciaire dans l'esprit du patient, nous remarquons que la place de la communication est plus importante. En effet, sur les 23 patients de notre étude ayant déjà envisagé de porter plainte à l'encontre d'un médecin, 17 d'entre eux rapportent en avoir discuté avec le médecin concerné soit 73,9% des patients. Cependant, cette discussion n'a été perçue favorablement que par 3 patients, soit moins d'un tiers des 17 patients (17,6%).

Tout ceci nous démontre les limites de la négociation. Car pour qu'il y ait négociation, il faut que les deux parties souhaitent discuter paisiblement, patients comme médecins. Or ce n'est pas toujours le cas.

V.2.4.e. La médiation

Chronologiquement, la médiation est l'étape qui arrive après l'échec de la négociation. Elle a pour but de restaurer le dialogue entre le médecin et le patient, sans pour autant constituer un arbitrage (48).

Elle est formalisée en milieu hospitalier, et souvent réalisée par des médecins honoraires (48). Sur le plan libéral, le Conseil de l'Ordre s'est impliqué dans cette démarche en signant un partenariat avec le Médiateur de la République (49).

Parfois, il arrive que des non-soignants puissent intervenir dans la gestion du conflit, comme la police, le maire, la famille du patient. Cela nous interpelle sur la notion du secret médical (10).

Pour conclure, le recours à un tiers qui peut être soignant ou non peut s'avérer nécessaire si la négociation n'aboutit pas, ou si le médecin se suppose incompetent à la résolution du désaccord.

Nous ne nous sommes pas attardés sur cette attitude dans notre étude, car le recours au médiateur n'est pas si fréquent. Nous pensons que nous n'aurions pas eu de réponses suffisantes, voire pas de réponses du tout si nous avions posé des questions à ce sujet.

Nous pensons également qu'il était difficile de demander au patient s'ils avaient déjà envisagé avoir recours à une médiation. Autant la plainte judiciaire est quelque chose de parlant, autant la médiation est plus abstraite dans la tête des gens. Par contre, avec le recul, nous nous sommes dit que nous aurions pu demander aux patients si ils avaient connaissance de la possibilité d'une médiation dans le cas où ils se trouveraient face un désaccord qu'ils n'arrivaient pas à résoudre.

V.2.4.f. La rupture

La rupture est ce qui arrive lorsque toutes les solutions ont été envisagées et qu'aucune n'a marché. C'est à dire qu'il y a eu échec de la négociation et de la médiation. Les ruptures sont plutôt vécues avec soulagement, permettant de mettre fin à une situation douloureuse et néfaste pour les deux parties.

Il arrive que la rupture soit à l'initiative du médecin traitant, cependant ceci reste minoritaire. Ces ruptures ont été étudiées dans les revues anglo-saxonnes notamment (50). Elles pouvaient être orales et suggérées, ce qui correspond au "push out" décrit par Stokes, ou parfois elles étaient imposées : "lock out", ou alors elles étaient indirectes par le biais du secrétariat : "hand off" (32).

Pour rappel, la convention médicale évoque le droit du patient à rompre la relation médecin - patient mais rien n'est dit au sujet du médecin traitant (51). Selon le Conseil National de l'Ordre, le médecin peut rompre le contrat médecin traitant s'il le souhaite, dans la mesure où c'est un contrat à durée indéterminée sans mention d'échéance. Selon l'article 47 du code de déontologie : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* » (41 art. 47).

La rupture peut se manifester de deux façons :

- un changement de médecin traitant
- un règlement judiciaire

Pour résumer, la poursuite de relation ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins. Mieux vaut arrêter la relation si nous avons conscience de conséquences néfastes pour le patient ou pour le médecin traitant.

Dans notre étude, nous avons tenté de mettre en lumière ce qui pouvait pousser un patient à changer de médecin traitant. Ce qui en ressort est que 18,1% des patients interrogés au cours de l'étude avouent avoir déjà changé de médecin traitant pour cause de désaccord avec celui-ci. La principale cause de désaccord mis en avant est liée au diagnostic et/ou au délai de diagnostic, pour 37,3% des patients concernés. Pour 23,7% des patients concernés nous retrouvons un désaccord lié au comportement du médecin traitant, et pour 22% des patients nous retrouvons un désaccord lié aux prescriptions médicales.

V.2.5. Du désaccord à la judiciarisation

Une étude montre que sur 35 ans d'exercice, 3 médecins sur 10 reçoivent une plainte (52). Dans une étude récente sur 20 médecins, tous avaient reçu des menaces de plainte, mais seul un fut réellement poursuivi (40). La menace de plainte est rarement mise à exécution. Bien sûr, tout dépend du motif et de la résolution du conflit.

La plainte survient généralement quand la relation reste conflictuelle, associée à une erreur médicale qui n'est pas toujours reconnue par le médecin. En cas d'erreur, il est recommandé de favoriser le dialogue et de soutenir le patient.(52) Un protocole précis est disponible sur le site de la Haute Autorité de Santé (53).

En ce qui concerne la judiciarisation, le sentiment souvent répandu et très ancien est celui d'une augmentation des règlements judiciaires. Cette judiciarisation croissante relève davantage d'une crainte confortée dans certaines spécialités médicales par des hausses importantes des primes d'assurances professionnelles, que d'une augmentation significative des actions en justice (26).

En effet, nous pouvons constater que depuis 1998, les affaires au pénal sont stables. Le nombre de dépôt de plainte serait de l'ordre de 300 à 350 par an. Et, s'agissant de la responsabilité civile, celle-ci a effectivement été multipliée par 5 en dix ans. Néanmoins, il faut rappeler qu'elle n'a pas de valeur punitive pour l'auteur des faits, mais seulement une fonction réparatrice pour la victime (27).

C'est dans ce sens qu'il nous est apparu plus pertinent de demander aux patients s'ils avaient déjà envisagé de porter plainte à l'encontre d'un médecin. Nous pensons que nous aurions quasiment eu que des réponses négatives si nous avions demandé aux patients s'ils avaient déjà porté plainte. En effet, du fait de la négociation et de la médiation, l'aboutissement d'une plainte n'est pas si fréquent que cela.

Dans notre étude, il se trouve que 7,1% des patients rapportent avoir déjà envisagé de porter plainte. Parmi ceux-ci, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de facteur prédisposant, la plainte était plutôt identifiée à l'encontre d'un médecin spécialiste. La cause principale mis en avant était un désaccord lié au diagnostic et/ou au délai diagnostic.

Par contre, ce que nous avons constaté également, est que la verbalisation du désaccord au médecin concerné n'a été que très peu vécue comme favorable pour le patient.

V.2.6. Le ressenti des patients

Le fait d'avoir réalisé cette enquête a permis à certains patients de parler de désaccords, et de prendre conscience de l'importance :

- de discuter avec son médecin traitant,
- d'avoir le droit d'être en désaccord et de prendre confiance afin d'exprimer son désaccord,
- d'avoir une bonne entente et d'avoir confiance en son médecin traitant.

Le ressenti des patients est très important à prendre en considération. Leurs opinions et avis peuvent nous être utiles. Cela nous permet d'avoir un autre regard sur nous, et notre pratique. Mais pour qu'une relation fonctionne correctement, il faut qu'elle aille dans les deux sens. Le médecin seul ne peut porter le poids de la relation, il ne peut pas toujours deviner quand quelque chose ne va pas pour le patient, surtout si c'est lui qui est en cause.

V.3. Propositions, suggestions

V.3.1. Des compétences spécifiques à acquérir

V.3.1.a. Apprendre à communiquer

Dans un contexte de désaccord, les médecins interrogés insistent sur l'importance du dialogue (31). La résolution d'un conflit tient à des « *capacités au dialogue faites d'ouverture, d'écoute, et d'affirmation claire de ses positions* ». « *Il s'agit de comprendre les origines, les enjeux et les mécanismes du conflit* » (22). Cela permet de minimiser les divergences d'opinion (54).

L'équilibre est nécessaire au dialogue (22)(46). Il implique un recadrage en cas d'insulte (1). C'est la règle des « 3P » : politesse-parité-patience (55).

Il faut favoriser l'écoute compréhensive. La justification d'emblée empêche de comprendre l'autre et de le convaincre (56). Il faut d'abord écouter sans interrompre. Cela prend moins de temps qu'un débat conflictuel (57).

En outre, nous ne pouvons ignorer l'importance de l'empathie, jugée essentielle dans la littérature (4)(40). Le médecin ne doit ni juger, ni sous-estimer la plainte du patient (1). Il doit faire des efforts pour dépasser ses propres mécanismes de défense (46) et « *considérer comme valides des points de vue différents* » (22).

Le médecin doit être curieux envers l'autre, en pratiquant l'écoute active (57). Il s'agit d'explorer la psyché du patient (58). Poser des questions ouvertes permet de clarifier les reproches (46). Il faut savoir repérer les émotions et les favoriser (57).

Il nous faut rappeler l'intérêt d'observer le non verbal du patient, et d'utiliser la synchronisation (57)(59). Quand nous nous exprimons, nous devons d'abord légitimer les propos et l'émotion du patient. Il est important de montrer au patient que nous l'avons entendu. Cela l'invite à poursuivre ses revendications dans l'apaisement (59).

Nous devons être vigilants lorsque nous nommons une émotion. Celle-ci ne doit pas être présentée comme une vérité, mais comme un point de vue (56).

Ensuite peut vraiment commencer la négociation. Il s'agit de persuader plutôt que de contraindre (56). Le but est de développer un rapport gagnant-gagnant, où chacun est satisfait parce qu'il s'est senti entendu et considéré (1). D'abord, il faut reformuler clairement les deux positions, sans chercher à en favoriser une. Puis il faut se centrer sur les points d'accords et les intérêts communs (46). Après avoir envisagé toutes les solutions possibles, il faut établir des priorités avec le patient, et partager la décision avec le patient (56).

Cependant, il faut souligner que le manque de disponibilité limite la négociation.

Parfois l'accord est impossible, l'important est de savoir le reconnaître.

V.3.1.b. Apprendre à s'entourer

S'entourer de manière efficace permet de clarifier son point de vue, de se décharger de l'émotion, de se rassurer sur la qualité de sa prise en charge, ou de solliciter un avis plus objectif.

L'échange en groupe de parole ou avec des paramédicaux a prouvé son efficacité dans la gestion des conflits. Les groupes Balint sont connus pour aider les médecins à accepter leurs limites, et améliorer leur motivation professionnelle (38).

En effet l'exercice de groupe faciliterait le débriefing avec un confrère, et le relais possible de prise en charge en cas de rupture avec le patient.

Certains médecins envisagent même d'effectuer une psychothérapie personnelle en cas de difficulté majeure avec un patient. Cette démarche est par ailleurs connue pour être efficace dans la prévention du burn-out (60).

V.3.1.c. Le rôle de la formation

Pour certains médecins c'est l'expérience qui leur permet d'acquérir des techniques afin de gérer les conflits. Même si l'expérience est irremplaçable (6), communiquer ne s'improvise pas. La communication peut s'apprendre (2)(59). Depuis une quinzaine d'années, la relation médecin - patient est d'ailleurs enseignée dans les facultés de médecine (6). Ce type de formation permet d'améliorer la prise en charge des patients en souffrance psychique.

Dans une étude, la moitié des médecins interrogés était intéressée par une formation sur les conflits médecin-patient (31).

V.3.2. Améliorer la communication du patient

Comme nous l'avons vu tout le long de notre thèse, une bonne relation médecin - patient passe par une bonne communication. Cependant, pour un dialogue il faut être deux à vouloir communiquer. Autant nous avons de multiples outils en tant que médecin à notre disposition pour tenter de désamorcer des situations conflictuelles, autant l'incitation à la communication du patient peut sembler plus difficile.

Dans ce court paragraphe, nous allons proposer quelques suggestions pouvant aller dans ce sens.

Comme pour les campagnes sur les antibiotiques ou les vaccins, il pourrait être intéressant de mettre au niveau des salles d'attente des posters et/ou des plaquettes explicatives sur l'importance de la communication au médecin traitant de tous désaccords à l'encontre de ce dernier. Le poster et/ou la plaquette seraient là pour expliquer que ce qui est dit peut être entendu, et qu'il ne faut pas hésiter à en informer le médecin traitant.

Une autre suggestion serait d'utiliser les médias afin de diffuser le même message sur l'importance du dialogue avec son médecin traitant. Voire de faire des émissions pédagogiques sur l'importance de la communication au sein de la relation médecin - patient, réalisées par des professionnels de santé.

Nous pourrions effectuer également des tables rondes médecins - patients afin de verbaliser les désaccords et tenter de converger ensemble vers un consensus profitable à la fois aux patients et aux médecins.

Une autre suggestion est d'installer une boîte anonyme au niveau de la salle d'attente afin que le patient puisse, soit remplir des questionnaires de satisfaction comme dans la plupart des entreprises voire même à l'hôpital, soit remplir des feuilles vierges afin de noter ce qui le préoccupe ou le dérange. Bien sûr cela devrait être anonyme. A la fin de chaque semaine ou mois, le médecin pourrait lire ces papiers. Cela permettrait de voir ce qui peut préoccuper ses patients sans qu'ils osent en parler. Par exemple, les patients pourraient faire des suggestions sur la disposition de la salle d'attente, sur l'accessibilité au cabinet, sur le nombre et le type de revues mis à disposition en salle d'attente, etc...

Dans les cabinets médicaux, il est obligatoire d'afficher les tarifs des actes médicaux pratiqués dans la salle d'attente, il pourrait être intéressant de réfléchir à la création d'une chartre du patient en médecine libérale. Il existe déjà une chartre du patient hospitalisé. Alors pourquoi ne pas commencer à réfléchir sur la rédaction d'une chartre pour les patients de médecine libérale. Celle-ci devrait rapporter à la fois les droits des patients, mais surtout insister sur les devoirs, notamment le devoir de vérité car c'est par lui qu'une confiance saine est possible. Le devoir de vérité impliquerait de signaler au médecin traitant lorsque le patient est en désaccord.

Ce qui pourrait être envisagé également, est de réaliser au hasard un débriefing avec un patient, en lui posant des questions sur la consultation en cours et sur la relation médecin - patient en général. Ce débriefing pourrait prendre 15 min à la fin de la consultation. Cela permettrait de savoir ce que pense le patient de notre façon de faire. Le patient est un très bon miroir de notre image.

Il existe sûrement d'autres idées afin de faire progresser la communication entre médecins et patients. Nous souhaitons avoir permis, avec cette thèse, de faire émerger le point de vue du patient.

Nous pensons que nous devons être innovants si nous voulons que la relation médecin - patient soit la meilleure possible.

VI. Conclusion

Ce travail a permis de s'intéresser aux patients dans le cadre des désaccords lié au contexte de la relation médecin - patient. Nous avons mis en lumière que les patients ont des mécontentements à dire mais que bien trop souvent ces récriminations ne sont exprimés suffisamment souvent à l'égard du médecin. C'est ce silence sur les désaccords qui peut nuire à la relation médecin - patient.

Nous savons que ce qui fonctionne le mieux afin d'améliorer un désaccord c'est de passer par une négociation "gagnante - gagnante" où chaque intervenant repart satisfait de l'échange. Malheureusement, pour l'instant, les attitudes prédominantes des patients sont plutôt la fuite et l'abandon. Ces deux attitudes n'enrichissent pas la relation médecin - patient, car même si elles sont un mode de résolution qui consomme peu d'énergie, elles ne permettent pas de résoudre les désaccords. A force d'être tu, le désaccord peut se chroniciser et favoriser l'apparition d'un conflit larvé qui peut aboutir au final à la rupture de la relation.

Dans cette étude nous avons l'impression que les patientes entre 25 et 60 ans ressentent et expriment plus facilement des désaccords à l'encontre des médecins. Ce qui, à notre sens est une bonne chose, puisqu'en partageant leur source de désaccords avec le médecin concerné, celui-ci a la possibilité d'intervenir afin de mieux expliciter sa position sur le désaccord concerné.

Nous pensons que nous devons inciter les patients à nous faire de leur récrimination afin de nous faire progresser dans la relation à l'autre. En effet, ce que nous percevons n'est pas ce que perçoit le patient. Tout comme nous sommes là pour "éduquer" le patient à sa maladie, le patient devrait avoir pour rôle de nous dire ce qui ne va pas dans notre façon de faire les choses.

C'est ainsi que les différents points de vue entre le médecin et le patient pourront converger et la relation n'en sera que meilleure.

Bibliographie

1. Curchod C. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson ; 2009.
2. Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. Médecine. Septembre 2006; 2(7): 330-3.
3. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The doctor-patient relationship : A synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract. 2009; 59: 268-75.
4. Moley-Massol I. Relation médecin-malade. Enjeux, pièges et opportunités. DaTeBe Editions; 2007.
5. Franco C. Rapports entre compréhension de l'ordonnance, intention d'observance et relation médecin-patient. Th D Méd, Nice; 2011.
6. Hoerni B. La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant. Imothep; 2008.
7. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et Anthropologie. Quels apports pour la médecine générale. 2007; 64: 54p.
8. Bouquier JJ, Bernard-Catinat, Ducloux, Cerruti, Viguier. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 23 juin 2001. Evolution du métier de médecin. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/evolution-du-metier-de-medecin-673>, consulté le 18 juillet 2013.
9. Nicolau L. Processus relationnels structurant la relation thérapeutique médecin malade en médecine générale. Th D Méd, Montpellier 1; 2003.
10. Code de Déontologie médicale, novembre 2012, Article 4, 35 et 36 (article R.4127-35 du CSP)
11. Tamburini S. La responsabilité du médecin traitant dans le parcours de soins coordonnés. Responsabilité vol. 7, n° 27. Septembre 2007.
12. Point information de l'Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention – Assurance Maladie, 22 janvier 2009. Disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf
13. Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Bull. Acad. Natle Méd. 2006; 190(9): 1999-2012.

14. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. *Ethique et santé*. 2008; 5: 165-72.
15. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise: faits et questions. *Médecine*. 2006; 2(5): 223-8.
16. Bornet-Sarassat L. Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode focus group. Th D Méd, Lyon 1; 2002.
17. Congr  C. La relation médecin-patient en médecine générale. Th D Méd, Nancy; 2007.
18. Llorca G. Ethique et problèmes r glementaires. *Médecine thérapeutique*. Volume 10, Numéro 1, 22-6, Janvier-Février.
19. Galam E. Relation médecin – malade : pour le meilleur et pour le pire. *Médecine*. Mai 2009 ; 231-34.
20. Savoldelli G. Résolution de conflits au bloc opératoire. *Le Praticien en anesthésie réanimation*. 2009; 13: 65-9.
21. Stokes T, Dixon-Woods M, Windridge K, Mc Kinley R. Patients' accounts of being removed from their general practitioner's list: qualitative study. *BMJ*. 2003; 326: 1316.
22. Picard D, Marc E. Les conflits relationnels. 1^e  d. Paris: PUF; 2008.
23. Studenic P, Radner H, Smolen JS, Aletaha D. Discrepancies between patients and physicians in their perceptions of rheumatoid arthritis disease activity. *Arthritis Rheum* 2012; 64:2814-23.
24. Cyrulnik B. Mémoire de singe et paroles d'homme, 1^e  d. Hachette; 1983.
25. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur <http://www.conseilnational.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>, consulté le 28 juillet 2013.
26. Gribeauval JP. Judicialisation de la médecine : réalité ou idée reçue ? *Prescrire*; 2010, vol. 30, n 321, 536-41.
27. Helmlinger L, Martin D. La judicialisation de la médecine, mythe et réalité. *Les Tribunes de la santé*, 2004/4, n 5, 39-46.
28. Lansac J, Sabouraud M. Les conséquences de la judicialisation de la médecine sur la pratique médicale. *Les Tribunes de la santé* 2004/4, n 5, 47-56.

29. Grandidier-Charlier E. Le conflit patient-praticien : Responsabilités, jurisprudence, prévention. Th D Odontol, Reims; 2006.
30. Birouste G. Les déterminants de la consultation en médecine générale. Th D Méd, Montpellier 1; 2009.
31. Sarrazin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale. Th D Med, Poitiers; 2012.
32. Stokes T, Dixon-Woods M, Mc Kinley R. Ending the doctor-patient relationship in general practice: a proposed model. *Fam Pract.* 2004; 21(5): 507-14.
33. Stokes T, Dixon-Woods M, Mc Kinley R. Breaking up is never easy. GPs' accounts of removing patients from their lists. *Fam Pract.* 2003; 20(6): 628-34.
34. Willis D, Zerr A. Terminating a Patient : Is It Time to Part Ways ? *Fam Pract Manag.* 2005; 12(8): 34-8.
35. Santalucia C, Michota F. When and how is it appropriate to terminate the physician-patient relationship? *Cleve Clin J Med.* 2004; 71(3): 179-83.
36. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Th D Méd, Poitiers; 2004.
37. Salinsky J, Sackin P. Ca va, docteur ? Quand les médecins sont sur la défensive. Sipayat; 2011
38. Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier; 2004.
39. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes- Un essai de typologie. DREES, Études et résultats. 2004; 315: 12p. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-consultations-et-visites-des-medecinsgeneralistes-un-essai-de-typologie,4672.html>, consulté le 10 août 2013.
40. Puel MA, Bouchacourt C. Heart Sink Patients. Dans: Journées Nationales de la Médecine Générale, Atelier "Le patient difficile", 8 octobre 2011.
41. Schläpfer L. Des médecins de famille qui répondent aux souhaits des patients. *Bull Méd Suisses.* 2010; 26/27: 1022-3.
42. Wofford M, Wofford L, Bothra J, Kendrick B, Smith A, Lichstein P. Patient Complaint about Physician Behaviors: A Qualitative Study. *Acad Med.* 2004; 79(2): 134-8.
43. Ministère de la Santé et des Sports. Conférence Nationale de Santé. Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé.

2009; 43p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/parachever-la-democratiesanitaire-et-rendre-effectifs-les-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html>, consulté le 10 août 2013.

44. Saltman D, O'Dea N, Kidd M. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J*. 2006; 82(963): 9-12.
45. Ogunyemi D, Tangchitnob E, Mahler Y, Chung C, Alexander C, Korwin D. Conflict Styles in a Cohort of Graduate Medical Education Administrators, Residents, and Board - Certified Physicians. *J Grad Med Educ*. 2011; 3(2): 176-81.
46. Fanget F. Affirmez-vous! Pour mieux vivre avec les autres. 2e éd. Paris: Editions Odile Jacob; 2011.
47. Epstein R, Alper B, Quill T. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA*. 2004; 291(19): 2359-66.
48. Sicard D. La médiation hospitalière. *Responsabilité*. 2012; 12(45): 20.
49. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Protocole d'accord entre le médiateur de la République et le Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2010. Disponible sur <http://www.conseilnational.medecin.fr/article/signatured%E2%80%99une-convention-de-partenariat-entre-le-mediateur-et-le-cnom-1015>, consulté le 17 août 2013.
50. O'Reilly D, Gilliland A, Steele K, Kelly C. Reasons for patient removals: results of a survey of 1005 GPs in Northern Ireland. *Br J Gen Pract*. 2001; 51: 661-3.
51. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (J.O. 25 septembre 2011). Disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/nouvelleconvention-medicale.php>, consulté le 17 août 2013.
52. Wannepain H, Amoudry C. Que faire devant une réclamation du patient? Dans : Journées Nationales de la Médecine Générale, ACFM, Atelier "Que faire devant une réclamation du patient?", 7 octobre 2011.
53. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/annonce-d-un-dommageassocie-aux-soins?xtmc=&xtcr=1, consulté le 17 août 2013.
54. Paulus D. Divergences d'opinions entre patients et médecins généralistes. *Rev Prat Med Gen*. 2002;16 (564): 263-5.

55. Association Canadienne de Protection Médicale. Améliorer la communication médecin - patient. 2010; 4p. Disponible sur www.cmpaacpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/perspective/2010/04/pdf/com_p1004_3-f.pdf - 2010-12-14, consulté le 17 août 2013.
56. Heen S, Patton B, Stone D. Comment mener les discussions difficiles. 2e éd. Editions du Seuil; 2008.
57. Halpern J. Empathy and Patient-Physician Conflicts. J Gen Intern Med. 2007; 22(5): 696-700.
58. Fisher R, Brown S. Les secrets d'une bonne relation. Rester constructif et efficace avec des partenaires hostiles. 2ème éd. Paris: Editions du Seuil; 2006.
59. Petitcollin C. Savoir écouter, ça s'apprend! 2e éd. Editions Jouvence; 2008.
60. Vaquin C. Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Th D Méd, Paris V; 2007.

Annexe 1 : questionnaire remis aux patients

Questionnaire de thèse sur l'évaluation du désaccord lors de la relation médecin - patient et du règlement judiciaire de ce désaccord.

Ce questionnaire est strictement anonyme et confidentiel, il ne sera pas lu par votre médecin traitant. Ce questionnaire sera donné à toutes personnes de plus de 16 ans (âge où l'on déclare son médecin référent). Après avoir répondu il sera remis dans une enveloppe kraft au niveau du secrétariat.

I° Vos caractéristiques (entourez les réponses vous correspondant)

- 1) Quel âge avez-vous? **A. Entre 16 et 25 ans** **B. Entre 25 et 60** **C. Plus de 60 ans**
- 2) Etes-vous : **A. Un homme** **B. Une femme**
- 3) Depuis combien de temps êtes-vous patient de votre médecin référent ?
- A. Moins de 5 ans** **B. Entre 5 et 15 ans** **C. Entre 15 et 25 ans** **D. Plus de 25 ans**

II° Vos Désaccords à l'encontre d'un médecin (entourez les réponses vous correspondant)

- 4) Avez vous déjà éprouvé un désaccord avec votre médecin référent/traitant? **A. Oui** **B. Non**
- 5) Avez vous déjà ressenti un désaccord vis à vis d'un autre médecin généraliste (par exemple un médecin généraliste vu en urgence, un interne, un médecin remplaçant)? **A. Oui** **B. Non**
- 6) Avez vous déjà eu un désaccord avec un médecin spécialiste? **A. Oui** **B. Non**

III° Les causes de désaccord envers médecin référent/traitant (entourez les réponses vous correspondant, plusieurs réponses possibles)

7) Quels sont les causes de désaccord que vous avez pu rencontrer à l'encontre d'un médecin parmi les propositions suivantes?

- A. Désaccord sur l'agencement de la salle d'attente ou du bureau médical**
- B. Désaccord sur l'organisation du secrétariat médical**
- C. Désaccord sur les délais d'attente pour un RDV**
- D. Désaccord sur la durée des consultations**
- E. Désaccord sur le comportement du médecin**
- F. Désaccord sur le diagnostic ou sur le délai de diagnostic**
- G. Désaccord sur les prescriptions médicales (traitements, examen complémentaires, bons de transport)**
- H. Désaccord sur la durée d'un arrêt de travail**

8) Est-ce qu'un de ces désaccords vous a déjà conduit à changer de médecin référent/traitant?

A. Oui B. Non

9) Si oui, Lequel?

10) Avez-vous déjà fait part de votre/vos désaccord au médecin concerné? A. Oui B. Non

11) Si oui, cela a-t-il conduit à une amélioration de votre relation avec le médecin concerné?

A. Oui B. Non

IV°) A propos du règlement judiciaire (entourez les réponses vous correspondant)

12) Avez-vous déjà envisagé de porter plainte pour vous ou pour un de vos proches à l'encontre d'un médecin? A. Oui B. Non

13) Si oui, quelle en est la cause?

14) Si oui, avez-vous discuté du problème avec le médecin concerné?

A. Oui : Qu'en est-il ressorti?

B. Non : Pourquoi n'en avez-vous pas discuté?

V°) En conclusion (entourez les réponses vous correspondant)

15) Ce questionnaire vous a-t-il fait prendre conscience de certaines choses? A. Oui B. Non

16) Si oui, quelles sont ces choses? _____

17) Ce questionnaire modifiera-t-il le rapport avec votre médecin? A. Oui B. Non

18) Si oui, qu'est-ce que cela changera?

Merci de votre participation à ce questionnaire.

Annexe 2 : courrier adressé aux médecins

MULOT Julien, Interne de Médecine Générale

94, route de l'Ormeau

Maison n°6

86180 BUXEROLLES

Cher(es) Docteur(es),

Je suis Interne de Médecine Générale et je souhaite réaliser ma thèse sur le désaccord médecin patient, mais du point de vue du patient ("évaluation du désaccord lors de la relation médecin - patient et du règlement judiciaire de ce désaccord du point de vue du patient, dans le cadre d'une étude rétrospective réalisée en Vienne"). Pour ce faire, je sollicite donc votre soutien et votre aide. En effet, j'ai besoin que vous proposiez mon questionnaire auprès de vos patients.

Ce qu'il faut savoir, c'est que vous ne devez pas avoir accès aux résultats afin de ne pas biaiser l'opinion du patient. Donc il y a plusieurs possibilités :

- soit votre secrétaire se charge de distribuer le questionnaire aux patients , de le récupérer (sans lire les réponses) et de le mettre dans la grande enveloppe kraft.

- soit vous distribuez le questionnaire aux patients à la fin de la consultation et lui demandez de le remplir en salle d'attente puis celui-ci le met une fois rempli dans l'enveloppe kraft que vous pouvez laisser dans la salle d'attente.

Dans ce courrier vous trouverez donc en plus de cette lettre : 40 questionnaires recto verso, 1 grande enveloppe kraft et des timbres pour l'affranchissement.

Ce questionnaire peut être distribué à tout patient de 16 ans et plus. Le but de ce questionnaire n'est pas de juger notre pratique, mais plutôt de cibler les attentes du patient, comprendre les causes du désaccord, essayer de mieux les désamorcer et mieux connaître ce qui pourrait conduire un patient vers un règlement judiciaire. Ce questionnaire prend environ 5 à 10 minutes pour être rempli.

La distribution de ce questionnaire devra se faire sur une semaine, pour cela 2 possibilités : soit du 19/08 au 23/08/2013, soit du 26/08 au 30/08/2013. En fin de semaine, il faut récupérer tous les questionnaires remplis et me les renvoyer par la Poste.

Si vous avez la moindre question, vous pouvez me joindre au 06 33 65 06 12.

Par avance merci de votre participation et de votre soutien pour la réalisation de ma thèse.

MULOT Julien

Résumé

INTRODUCTION

Les relations médecin - patient sont essentielles à la bonne prise en charge des patients. Une bonne relation basée sur la confiance favorise l'adhésion au projet thérapeutique mis en place par le médecin. Cependant plusieurs études ont montré que les médecins étaient de moins en moins satisfaits de cette relation mettant en cause des patients de plus en plus difficile. L'objectif principal de notre étude est s'interroger sur le ressenti des patients vis à vis de la relation médecin - patient ainsi que leur attitude face à la survenu au désaccord.

METHODE

Quarante questionnaires portant sur les causes et les conséquences de désaccord à l'encontre du médecin ont été envoyés à 100 cabinets médicaux de la Vienne. Les questionnaires devaient être remis aux patients puis recueillis afin d'être analysés

RESULTATS

Le taux de participation a été de 8,15% sur les 4000 questionnaires envoyés. Il semblerait que les patientes entre 25 et 60 ans et ayant une ancienneté de moins de 5 ans avec leur médecin traitant sont plus sujettes à éprouver et exprimer verbalement leur cause de désaccord. Nous retrouvons moins désaccord à l'encontre du médecin traitant que vis à vis des autres médecins. La principale récrimination faite par les patients est lié au délai de RDV (46,6%), puis par ordre d'importance vient un désaccord lié au comportement du médecin traitant (35,0%) ainsi qu'aux prescriptions (35,0%), enfin un désaccord lié au diagnostic (33,1%). Seul 34,3% des patients avouent en avoir discuté avec leur généraliste.

18,1% des patients avouent avoir déjà changé de médecin traitant pour cause de désaccord avec ce dernier. Dans ce contexte là c'est un désaccord lié au diagnostic qui arrive en tête (37,1%), suivi par un désaccord lié au comportement du médecin (23,7%) et par un désaccord lié aux prescriptions (22,0%).

7,1% des patients avouent déjà avoir envisagé de porter plainte. Par contre, dès qu'il est question de judiciarisation, la communication est plus importante (73,9% des patients)

CONCLUSION

Cette étude auprès des patients nous a permis de cibler les attitudes des patients face au conflit avec une part importante de patient préférant la fuite et l'abandon à la négociation. Il est de notre ressort de sensibiliser les patients sur la nécessité de communiquer leur désaccord à leur médecin traitant.

Mots clés

relation médecin - patient ; désaccord ; médecin traitant ; communication